

Lede trygt og godt

Sykehuslederes arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet

Anette Korsæth og Marianne Müller Indrebø



Masteroppgave

Avdeling for Helseledelse og helseøkonomi
Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

24.04.13

Lede trygt og godt

*Sykehuslederes arbeid med kvalitet og
pasientsikkerhet*

© Anette Korsæth og Marianne Müller Indrebø

År 2013

Tittel: Lede trygt og godt; sykehuslederes arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet

Forfattere: Anette Korsæth og Marianne Müller Indrebø

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Bakgrunn og problemstilling: Det har de senere år vært en økende oppmerksomhet rundt kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. Det arbeides både via forskning, lovarbeid, politisk vektlegging, nasjonale veiledere og retningslinjer samt via nasjonale kampanjer for å utvikle feltet. Det er en klar forventning fra myndighetene om at ledere i helsetjenesten skal ha innsikt i og et engasjement for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid. Ansvar for gjennomføring og oppfølging av dette arbeidet er lagt til ledere med ansvar for den direkte pasientbehandlingen. Vi ønsket å få økt kunnskap om og forståelse for hvordan disse lederne arbeider for å ivareta kvalitet og pasientsikkerheten i egen enhet, og følgende problemstilling ble valgt: «Hvordan arbeider ledere for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet?»

Materiale og metode: Det er gjort en kvalitativ, beskrivende studie med semistrukturerte intervjuer av et strategisk utvalg på 10 ledere. For å få svar på problemstillingen stilte vi spørsmål om informantenes oppfatning av begrepene kvalitet og pasientsikkerhet og hvilke kvalitets- og pasientsikkerhetsutfordringer de opplevde å ha. Videre var vi interessert i hvordan informantene arbeidet med disse utfordringene.

Resultater: Informantene benyttet gjennomgående begrepet kvalitet når de omtalte kvalitets- og pasientsikkerhetsutfordringer. Arbeidet med ledelse av kvalitet kan kategoriseres i to hovedgrupper; en direkte form der lederen selv er svært delaktig i arbeidet med kvalitet, og en mer indirekte arbeidsform der arbeidet er delegert til andre. Informantene anså det som en kvalitetsutfordring å sikre at hver enkelt medarbeider hadde riktig og nødvendig kompetanse og tilstrekkelig erfaring. Det var nødvendig å ha medarbeidere som var motiverte og som engasjerte seg for faget og fagets utvikling. For å sikre kvaliteten var det viktig at seksjonen hadde kultur og miljø for læring, samt fellesskapsfølelse. Manglende kontinuitet gav også en utfordring. Organisatoriske rammevilkår og ytre krav til økonomi, kvalitet og prioritering var forhold som informantene oppfattet kunne være en utfordring for å sikre kvaliteten på tjenestene.

Konklusjon: Fra myndighetene kreves det en økt standardisering, og systemenes betydning for å sikre kvalitet og sikkerhet vektlegges. Informantene i vår studie vektlegger imidlertid de ansattes kompetanse mer enn systemene for å sikre kvalitet. Pålegg fra myndighetene

oppfattes ikke nødvendigvis som relevante for å sikre kvalitet, og begrepene som benyttes har ikke den samme betydning for lederne i klinisk praksis. Sykehusets ledelse har derfor en oppgave i å formulere pasientsikkerhets-feltets systemorientering slik at det oppleves som relevant for klinikernes mer individ-orienterte univers. Det vil også være viktig at ledere og ansatte engasjeres for å gi kvalitetsbegrepet et innhold i klinisk hverdag. Vi trenger ledere som er involvert i og føler eierskap til enhetens arbeid med kvalitet. De må motivere og engasjerer sine ansatte i dette arbeidet for å oppnå ønsket resultat. Dagens helsevesen er komplekst, og etablering av retningslinjer, prosedyrer og gode informasjons-systemer er en nødvendig utvikling. Ledere må ha evne til å kommunisere dette til sine ansatte. Ledere, på seksjonsnivå, har behov for at klinikk- og sykehusledelsen gir retning og rammer for kvalitet innenfor deres virksomhet. På samme måte vil klinikk- og sykehusledelsen ha behov for innspill fra seksjonslederne for å kunne fatte riktige beslutninger om nødvendige prioriteringer.

Forord

I undervisningen ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi ble systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet vektlagt. Erfaringer fra eget sykehus tilsa at ledere ikke nødvendigvis var like opptatt av dette. Vi har begge opplevd uheldige hendelser i sykehus, og reflektert over hvordan dette ble håndtert eller kunne vært håndtert. Dette gjorde oss nysgjerrig på hvordan ledere tenker og arbeider med dette feltet. Vi var derfor interessert å få vite mer om hvordan ledere i sykehus arbeidet for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet, samt hvilke utfordringer og hindringer lederne erfarte i dette arbeidet. Arbeidet har vært interessant og gitt økt forståelse og kunnskap om ledernes utfordringer og arbeidsformer. Gjennom intervjuene fikk vi innsikt i en variasjon av utfordringer. Vi fikk også kunnskap om hvordan lederne på ulike måter møtte disse utfordringene. Å få gjennomføre intervjuer med engasjerte ledere som fortalte og reflekterte over arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, var både inspirerende og lærerikt. Vi vil derfor gjerne takke alle informantene, som i en travel hverdag, tok seg tid til å dele sine erfaringer med oss. Takk til veileder Jan Frich som har vært til stor hjelp og kommet med kloke innspill og konstruktive råd. Takk til Tone som har gitt Anette husrom og lyttet til ulike ideer i løpet av prosessen. Takk til Halvard som tålmodig hjalp til med transkripsjon. Takk også til alle rundt oss som har vært til inspirasjon, oppmuntring og som har hatt tro på prosjektet.

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	2
1.1	Utvikling av kvalitets og pasientsikkerhetsarbeidet i Norge	2
1.2	Begrepene kvalitet og pasientsikkerhet	4
1.3	Historisk utvikling av pasientsikkerhetsfeltet.....	5
1.4	Pasientsikkerhetskampanjen	7
1.5	Lovgivning.....	9
1.6	Ledelse og pasientsikkerhet.....	10
1.7	Kliniske mikrosystemer, kvalitet og pasientsikkerhet	14
1.8	Problemstilling og forskningsspørsmål	16
2	METODISKE VALG OG AVKLARINGER	17
2.1	Innledning.....	17
2.2	Valg av metodisk tilnærming	17
2.3	Om forskerne og vår for forståelse	18
2.4	Utvalgsavklaringer, utvalg av sykehus og valg av informanter	19
2.5	Kvalitativt forskningsintervju.....	20
2.6	Utarbeidelse av intervjuguide og gjennomføring av intervjuene	20
2.7	Relevans, validitet og refleksivitet	21
2.8	Framstilling og behandling av data	23
2.9	Analyse av data.....	23
2.10	Etiske betraktninger	24
3	RESULTATER	25
3.1	Begreper.....	25
3.1.1	Kvalitet og pasientsikkerhet	25
3.2	Menneskene	26
3.2.1	Kompetanse	26
3.2.2	Kultur	30
3.2.3	Manglende kontinuitet.....	34
3.3	Systemene	36
3.3.1	Organisatoriske rammevilkår	36
3.3.2	Ytre krav til kvalitet, økonomi og prioritering.....	41
4	DISKUSJON	45

4.1	Hovedfunn	45
4.2	Begrepene kvalitet og pasientsikkerhet	46
4.3	Ledelse.....	49
4.4	Kompetanse	53
4.5	Kultur.....	56
4.6	Manglende kontinuitet	59
4.7	Rammevilkår	61
4.8	Metodediskusjon.....	66
5	KONKLUSJON	67
	Litteraturliste	69
	Vedlegg	72

1 INNLEDNING

1.1 Utvikling av kvalitets og pasientsikkerhetsarbeidet i Norge.

Det har de senere årene vært en økende oppmerksomhet rundt kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. Fra myndighetshold er dette reflektert i sentrale politiske dokumenter, og kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet har fått en sterkere organisatorisk forankring på nasjonalt nivå.

I 1995 utga Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn den første nasjonale strategien for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Målet med strategien var at alle som yter helsetjenester skal etablere helhetlige og effektive kvalitetssystemer innen år 2000 (1996). Til tross for den nasjonale kvalitetsutviklingsstrategien fra 1995 var det ikke noen enhetlig eller helhetlig satsing på kvalitet i norsk sosial- og helsetjeneste frem til 2005, og den fremsto for myndigheter og for brukere av tjenestene som fragmentert og ukoordinert. Det ble påpekt at pasienter dør av feilbehandling og at pasienter ikke alltid får den beste behandlingen. Ventetidene på behandling ble oppfattet å være for lange, behandlingsskjeder ble opplevd som fragmenterte og ukoordinerte, systemer for å implementere ny kunnskap og teknologi manglet, det var for dårlig utnyttelse av IT, det ble oppfattet som en manglende kostnadskontroll og pasienter kunne fortelle om dårlige møter med tjenestene.

Myndighetene tok initiativ til en satsning for å heve og sikre kvaliteten i sosial- og helsetjenesten. I 2005 utga derfor daværende Sosial- og helsedirektoratet veilederen ”Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, ... og bedre skal det bli!” (2005). Veilederen inneholder et overordnet rammeverk som skal støtte tjenesten i arbeidet med å utøve tjenester av god kvalitet. Veilederen definerer at helsetjenester av god kvalitet innebærer at:

- Tjenestene er virkningsfulle
- Tjenestene er trygge og sikre
- Tjenestene involverer brukere og gir dem innflytelse
- Tjenestene er samordnet og preget av kontinuitet
- Tjenestene utnytter ressursene på en god måte
- Tjenestene er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Det ble presisert at for at tjenestene skal være virkningsfulle (føre til helsegevinst) må faglige avveininger og beslutninger ved valg av kvalitetsnivå bygge på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap og erfaring. Resultater må også kunne dokumenteres. For at tjenestene skal være trygge og sikre (unngå utilsiktede hendelser) skal sannsynligheten for feil og uheldige hendelser reduseres til et minimum gjennom risikostyring og avviksbehandling. For å involvere brukerne og gi dem innflytelse er pasientens erfaringer og synspunkter viktige faktorer for utvikling av kvalitetsnivået. Samtidig må pasientens ansvar for eget liv og helse tydeliggjøres. På individnivå skal epikrise til pasienter og individuell plan vektlegges. På systemnivå skal brukerne og deres organisasjoner trekkes inn i planlegging og evaluering av helsetilbudene. Alle tiltak tjenestene gir skal være preget av samordning og kontinuitet, og arbeid med pasientforløp, tverrfaglighet og pasientansvar skal vektlegges. For at ressursene skal utnyttes på en god måte må rett tjeneste tilbys rett bruker på rett måte til rett tid. Det skal tas hensyn til brukerens behov, tilstandens alvorlighetsgrad, forventet helsegevinst, nytte av behandlingen samt kostnadene. At tjenestene er tilgjengelige og rettferdig fordelt innebærer at brukere med like behov får et tilbud med samme innhold og kvalitet (”Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten”, 2005) (2005).

Veilederen danner grunnlaget for dagens arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet, og viktige tiltak for å bedre kvaliteten og styrke pasientsikkerheten er gjennomført de senere årene. Eksempler på dette er den lovfestede plikten til systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid, utvikling av kvalitetsindikatorer, endringer i meldeordning for uønskede hendelser, den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen og et nasjonalt helseregisterprosjekt. Det er en oppfatning fra regjering, departement og tilsynsmyndigheter at det, tiltross for at norske helse- og omsorgstjenester er blant de beste i verden, fortsatt er et betydelig rom for forbedringer (Meld. St.10, 2012) (Norge Helse- og, 2012).

Bakgrunnen for dette er internasjonale undersøkelser som tyder på at norske pasienter og brukere er mindre fornøyd med informasjonsflyt, tilgjengelighet og koordinering mellom ulike deler av helsetjenesten enn i sammenliknbare land. Nasjonale kartlegginger viser at tjenesten har utfordringer når det gjelder pasientskader. Helsetilsynet melder at manglende kvalitetsstyring og kontroll er en utfordring for pasientsikkerheten. Det er behov for å utvikle systemer og kulturer for å lære av feil, og det er behov for mer kunnskap om kvaliteten i tjenesten. Med dette som utgangspunkt vedtok Stortinget i desember 2012 Stortingsmelding 10, ”God kvalitet - trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten” (Norge Helse- og, 2012). Her presenteres regjeringens helhetlige politikk for å bedre

kvaliteten og pasientsikkerheten i helse- og omsorgstjenesten. Målene er et mer brukerorientert helse- og omsorgstilbud, økt satsing på systematisk kvalitetsforbedring, bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser (Meld. St.10, 2012)(Norge Helse- og, 2012).

1.2 Begrepene kvalitet og pasientsikkerhet

Stortingsmelding 10 har valgt en bred tilnærming til kvalitetsbegrepet og definerer det på følgende måte:

”Kvalitet består av elementer som endres over tid og som vektlegges og vurderes ulikt, avhengig av ståsted og egne oppfatninger. Kvalitetsbegrepet er verdiladet og subjektivt på samme tid, og ulike elementer kan ofte komme i konflikt med hverandre. Kvalitet handler ikke bare om effekten av behandlingen, men om verdighet, syn på livet, nærhet til hjem og pårørende, risiko for skade og andre utilsiktede virkninger, og ulike behandlingsmuligheter” (Meld. St.10, 2012) (Norge Helse- og, 2012).

Videre sies det at hva kvalitet innebærer for helse- og omsorgstjenesten er nærmere beskrevet og konkretisert i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten «... og bedre skal det bli!». Der defineres det at helsetjenester har god kvalitet når tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt (Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, 2005)(2005).

Pasientsikkerhet er relatert til helsetjenestens kvalitet, men begrepene kvalitet og sikkerhet er ikke synonyme hevder Aase. Pasientsikkerhet er en viktig del av kvaliteten, men kvalitet innbefatter også områder som medisinsk effektivitet og pasienterfaringer (Aase, 2010).

Pasientsikkerhet har fokus på ivaretagelse av pasienters sikkerhet slik at skader og uønskede hendelser unngås. Vincent definerer det som ”det å forhindre, forebygge og begrense uheldige konsekvenser eller skader som følge av helsetjenesteprosesser” (Vincent, 2006).

Pasientsikkerheten kan være truet av oppgavene som skal gjøres, av teamet som er satt sammen for å utføre oppgavene, av situasjonen oppgavene utføres i og/eller av forhold i eller rundt organisasjonen eller institusjonen de utføres i (Vincent, 2001). Nasjonal enhet for pasientsikkerhet definerer pasientsikkerhet som vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser.

Det omfatter:

- tiltak som reduserer risiko for skade påført personer av helsetjenesten
- prosesser for å overvåke og analysere helsetjenestens resultater
- tiltak for å identifisere nye risikoområder

<http://www.kunnskapssenteret.no/nasjonalehelsetjenesterforpasientsikkerhet>

I følge Hjort favner begrepene kvalitet og sikkerhet de to vesentlige sidene ved helsetjenesten, men at kravet om faglig kvalitet tradisjonelt har stått sterkere enn kravet om sikkerhet i helsetjenesten (Hjort, 2007). Det har ikke blitt utviklet en egen sikkerhetsstrategi i helsetjenesten. Sikkerhetsaspektet har blitt betraktet som en del av den nasjonale kvalitetsstrategien der målsetting nummer to er rettet mot at tjenestene skal være trygge og sikre ved å unngå utilsiktede hendelser. Braut og Holmboe påpeker at helsearbeidere tradisjonelt føler et eierskap til spørsmål om sikkerhet i utøvelse av helsetjenesten, men at sikkerhetsspørsmål ikke har vært den dominerende delen av det faglige utviklingsarbeidet (Aase, 2010). Sikkerhets-spørsmål har blitt tatt mer for gitt, og det har ikke preget kulturen i helsevesenet på samme måte som det for eksempel preger organisasjoner som luftfarten og oljeindustrien. Hjort påpeker at det man ikke har fokus på snakker man heller ikke så mye om, og at det derfor er en kulturutfordring for helsevesenet å ha like stort fokus på sikkerhet som på kvalitet(Hjort, 2007).

1.3 Historisk utvikling av pasientsikkerhetsfeltet

Arbeidet med pasientsikkerhet fikk sitt gjennombrudd i USA i 1999 da The Institute of Medicine ga ut rapporten ”To Err is Human”.

<http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Publications/ToErrIsHuman.aspx>

Rapporten anslo at om lag 98 000 pasienter dør på grunn av uønskede hendelser i løpet av et år ved amerikanske sykehus. Rapporten foreslo tiltak, anbefalinger og endringer i det amerikanske helsevesenet, og dette ble innledningen til en nasjonal pasientsikkerhetsbevegelse i USA, der det ble en økende bevissthet og refleksjon i forhold til temaet (Aase, 2010). Dette forplantet seg også etterhvert til Europa, der bevegelsen har medført politiske reformer, ny lovgivning, etablering av organisasjoner for kvalitet og

sikkerhet, økt forskningsinnsats og strengere krav til sykehusene i de fleste vestlige land (Hjort, 2007). Internasjonale studier anslår at ca. 10 % (7,5 – 16,6) av alle pasienter som blir innlagt i sykehus blir skadet, noen med dødelig utgang. Rådet i EU legger til grunn at 8 % - 15 % av pasienter innlagt på sykehus opplever uheldige hendelser. De siste ti årene har det vært et økende fokus på pasientsikkerhet også i Norge. Peter Hjorts bok ” Uheldige hendelser i helsetjenesten” fra 2007 satte søkelys på at forekomsten av uønskede hendelser er svært omfattende. Hjort oppsummerte internasjonale studier av omfanget av uønskede hendelser i somatiske sykehus, og basert på disse beregnet han de norske tallene. Vurderingene hans tilsa at ca. 10 % av pasienter i somatiske sykehus rammes av en uønsket hendelse, og ca. 5 % av disse er dødelige og ca. 50 % av hendelsene er forebyggbare. Dette vil i følge Hjorts beregninger utgjøre ca. 4000 dødsfall, 16000 pasienter med permanent invaliditet, og nesten 500 000 ekstra liggedøgn per år. Dette beregnes til en ekstrakostnad på 1,6 – 2,2 milliarder kroner, i tillegg til den smerte og lidelse som påføres pasienter og pårørende (Hjort, 2007).

I Norge meldes det ca. 2000 hendelser til Helsetilsynet per år. Vel 1/3 av disse er hendelser med betydelig skade på pasient og om lag halvparten er nesten-uhell, og i 2008 betalte Norsk pasientskadeerstatning ut 660 millioner kroner til pasienter som ble vurdert til å ha rett på erstatning (<http://www.kunnskapssenteret.no/nasjonalenhetforpasientsikkerhet>).

Pasientsikkerhet som fag betoner viktigheten av åpenhet om feil og utilsiktede hendelser. Uten denne åpenheten er det ikke mulig å forebygge og lære av feil. For at helsepersonell skal våge å være åpne, må det føles det trygt. Så lenge helsepersonell risikerer sanksjoner av ulik art for å si fra om feil og skader, blir åpenhet vanskelig. Det jobbes derfor både internasjonalt og i Norge med å få til en kulturendring i helsetjenesten slik at ”naming, shaming and blaming” nedtones. Det er viktigere å lære av feil, nesten-uhell og utilsiktede hendelser for å forebygge at tilsvarende hendelser skjer i fremtiden. Dette er også bakgrunnen for at det er gjennomført endringer i meldeordning for uønskede hendelser fra og med 1. juli 2012. Endringen innebærer at håndtering av meldinger om uønskede hendelser flyttes fra Helsetilsynet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

I 2007 ble Nasjonal enhet for pasientsikkerhet etablert på bakgrunn av Peter Hjort sin rapport om uheldige hendelser. Pasientsikkerhetsenheten har sitt mandat i Nasjonal helseplan 2007 – 2010. Den er uavhengig av andre myndigheter i helsetjenesten og er lagt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Pasientsikkerhetsenheten skal støtte opp om

helsetjenestens arbeid med å registrere, analysere, lære av og forebygge feil og utilsiktede hendelser. Enheten skal utforme læringsinformasjon og fremme forslag til tiltak som understøtter helsetjenestens bestrebelser på å lære av feil, slik at praksis blir endret. Enheten gir også forslag om tiltak til nasjonale myndigheter.

1.4 Pasientsikkerhetskampanjen

I 2011 iverksatte daværende helseminister Anne Grethe Strøm Erichsen en nasjonal pasientsikkerhetskampanje. Kampanjen kalles ”I trygge hender”, og den gjennomføres i helsetjenesten frem til 2013. <http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/>.

Kampanjens målsetting er å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Følgende innsatsområder er valgt i den norske pasientsikkerhetskampanjen:

1. Trygg kirurg og postoperative sårinfeksjoner
2. Samstemming av legemiddellister
3. Riktig legemiddelbruk i sykehjem
4. Trykksår
5. Fall i institusjon
6. Urinveisinfeksjoner
7. Infeksjon ved sentralt venekateter
8. Behandling av hjerneslag
9. Forebygging av selvmord i psykiatriske døgnposter
10. Forebygging av overdosedødsfall etter utskrivning
11. Ledelse av pasientsikkerhet

Erfaringer fra andre land har vist at pasientsikkerhetskampanjer bidrar til en reduksjon i antallet pasientskader. Som en del av den norske kampanjen har helseforetakene fått i oppdrag å kartlegge antall pasientskader ved systematisk å gjennomgå et utvalg av pasientjournaler. Tallene skal gi nasjonale og regionale mål for antall pasientskader, og de skal brukes til å følge forbedringen ved hvert enkelt helseforetak. Den primære hensikten med kartleggingen er å gi ledere mulighet til å følge forekomsten av risiko ved behandling over tid. Metoden Global trigger tool (GTT), som er utviklet av Institute for Healthcare Improvement, benyttes

til dette arbeidet. Ved å gjennomføre en strukturert journalgjennomgang av en lege og to sykepleiere i et team, kartlegges forekomsten av pasientskader. Journalundersøkelsen gjennomføres ved alle helseforetak, og hver måned trekkes det ut 20 tilfeldige journaler som undersøkes ved at det sees etter bestemte tegn (triggere) på pasientskade.

Styrkene ved GTT som metode angis å være at de aggregerte resultatene gir et grovt nasjonalt mål på omfanget av pasientskader. Teamet som gjennomgår journalene har ikke behandlet pasienten og ser derfor på journalen med et mer uhildet blikk. Metoden har utviklede kriterier som skal gjøre det enklere å oppdage tilfeller av pasientskader, det er en ressurseffektiv måte å kartlegge pasientskader på, og den gir gode data som kan følges over tid i det enkelte helseforetak. GTT er en god indikator på skadeomfanget over tid.

Svakhetene ved GTT er at resultatene fra journalgjennomgangen ikke egner seg for å sammenlikne kvalitet eller pasientskader mellom helseforetak. Dette skyldes blant annet at det er en viss subjektiv vurdering fra teamet som gjør at man kun kan sammenlikne helseforetakenes resultater med sine egne resultater over tid. Metoden skiller ikke mellom skader som oppstår på grunn av feil, og de som oppstår på grunn av høy risiko forbundet med behandlingen. Årsakene til pasientskadene vurderes ikke, det er kun omfang, type og alvorlighetsgrad som fremkommer. Resultatet belyser dermed risikoen forbundet med behandlingen som er gitt, men den sier ikke noe om hvor mange skader som kan forebygges, og hvor mange som ikke kan forebygges. GTT er utviklet for å følge utvikling av omfanget av pasientskader over tid, ikke for en kartlegging av skadeomfanget på ett tidspunkt, til det er metoden for upresis.

<http://www.kunnskapssenteret.no/Mer+om+oss/Avdelinger+og+seksjoner/Avd.+for+kvalitets+m%C3%A5ling+og+pasientsikkerhet+%E2%88%92+Nasjonalt+enhet+for+pasientsikkerhet/Sekretariat+for+nasjonalt+kampanje+for+pasientsikkerhet/Nasjonalt+kartlegging+av+pasientskader+med+GTT.15015.cms>

Beregninger fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester etter den første GTT kartleggingen tydet på at rundt 16 prosent av pasientoppholdene var forbundet med skade både i 2010 og i 2011. Tallene viser antall pasienter som skades, uavhengig om feil har skjedd eller ikke. Kartleggingen viste at det var om lag 4700 dødsfall etter skader i 2010, mens kartleggingen for 2011 viser en markert nedgang til 2900 dødsfall etter skader. Tallene for dødsfallene er basert på en gjennomgang av 10 000 journaler.

1.5 Lovgivning

Helse- og omsorgstjenestens ansvar for systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid er forankret i regelverket gjennom Helse- og omsorgstjenesteloven for kommunene og Spesialisthelsetjenesteloven (Lov 1999-07-02 nr 61 og Lov 2011-06-24 nr 30)(Norge, 2012, Norge, 2013a). På nasjonalt nivå har Helsedirektoratet et lovfestet ansvar for det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet og for å utgi nasjonale faglige retningslinjer og veiledere. Det er opprettet en avdeling for kvalitetsmåling og pasientsikkerhet i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Kunnskapssenteret har fått ansvar for å forvalte meldeordningen for uønskede hendelser, og det er etablert en utrykningsgruppe for alvorlige hendelser i Helsetilsynet. Kvalitet og pasientsikkerhet har fått en større plass i styringsdialogen med de regionale helseforetakene og i dialog og avtaler med KS (Meld. St.10, 2012)(Norge Helse- og, 2012). Kravet til faglig forsvarlighet finnes i både Spesialisthelsetjenesteloven, Helse- og omsorgstjenesteloven for kommunene samt i Helsepersonelloven (Lov 1999-07-02 nr.64)(Norge, 2013b, Norge, 2012). Kravet om faglig forsvarlighet er rettet mot den enkelte yrkesutøver, men det er også et krav om en forsvarlig organisering av virksomheten slik at både den enkelte helsearbeider og virksomheter som yter helsehjelp plikter å gjøre dette på en måte som er faglig forsvarlig og som medfører sikre og trygge helsetjenester. I innledningen til Helsepersonelloven står det at lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten, samt sikre befolkningens tillit til helsepersonell og helsetjenesten. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (2012) beskriver hvordan helse- og sosialtjenesten plikter å etablere et styringssystem for å overvåke sikkerheten og korrigere avvik når uønskede hendelser oppstår. I forskriften understrekes det at de ansvarlige for virksomheten skal:

- a) beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt,
- b) sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten,
- c) sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll,

- d) sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes,
- e) gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten,
- f) skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,
- g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen,
- h) foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.

Det er detaljerte beskrivelser i internkontroll forskriftene. Statens helsetilsyns erfaring tilsier at det fortsatt ikke er tilfredsstillende systematisk internkontroll som omfatter faglig forsvarlighet, sikkerhet og kvalitet (Braut og Holmboe)(Aase, 2010).

1.6 Ledelse og pasientsikkerhet

I Stortingsmelding 10 (Meld. St. 10, 2012)(Norge Helse- og, 2012) understrekes det at kvalitetsforbedring er et lederansvar, at det konkrete arbeidet i all hovedsak skal skje i virksomhetene og at det er et ansvar for ledere på alle nivåer i tjenesten.

Kvalitetsarbeidet må forankres hos og etterspørres av toppledelsen, men det vektlegges at ledere som arbeider nær pasienten skal ha en nøkkelrolle i dette arbeidet.

Statens helsetilsyn påpeker eiers og styrenes ansvar for pasientsikkerheten.

Tilsynsvirksomheten viser at organisasjonene ikke er lærende organisasjoner som bruker tilsynserfaringene, egne erfaringer, registrering av (nesten)uhell i sitt kontinuerlige kvalitetsforbedrende arbeid. Kravet om faglig forsvarlig praksis er sentralt i lovgivningene som retter seg mot helsepersonell og mot spesialisthelsetjenesten (Helsepersonellovens § 4 og spesialisthelsetjenestelovens § 2-2)(Norge, 2013b, Norge, 2012).

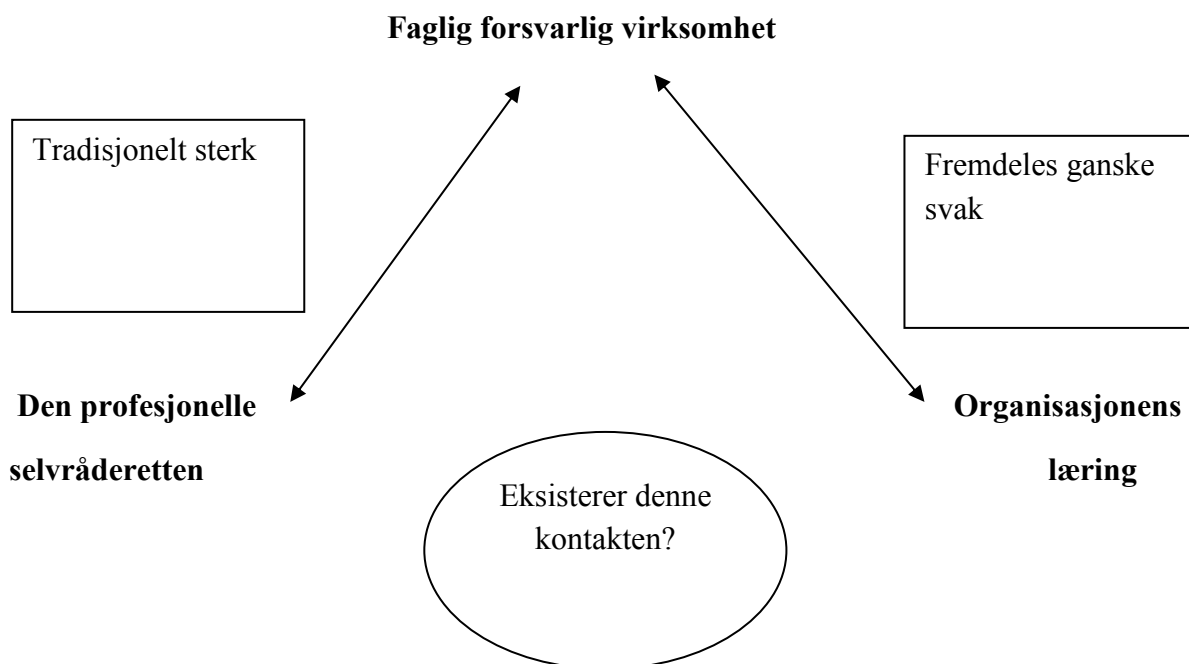
Braut og Holmboe sier at det synes å være mye å hente på et mer systematisk og ledelsesforankret sikkerhets- og kvalitetsarbeid i norsk helsetjeneste (Aase, 2010), og at

sikkerhetsarbeid fordrer et ledelsesengasjement. Leder av pasientsikkerhetskampanjen, Anne-Grete Skjellanger, understreker også at lederne er avgjørende i arbeidet med å sikre god pasientsikkerhet. I en kronikk i Aftenposten av Hjeltne og Braut understrekes lederens ansvar for å sikre god faglig praksis på det tjenestested de har ansvar for. Etter deres oppfatning er lederens ansvar å sørge for at de ansatte vet hva som er faglig god praksis på dette tjenestestedet, og de må sikre at rammebetingelser og rutiner er etablert og blir oppfylt slik at den forventede praksis er synlig både for pasienter, ansatte og pårørende (Aftenposten 20.04.12).

I 2010 understreket daværende helsedirektør, Bjørn Inge Larsen, at ledelsen i norsk helsetjeneste må konsentrere seg om kvalitet og sikkerhet i behandlingen, og ikke bare om økonomi. Larsen pekte på at helsetjenesten i løpet av de siste tiårene er blitt mer kompleks og mer krevende å lede, og at dette gir behov for bedre rutiner og systemer, og for en ledelse som tar ansvar for helhet. Det er ledelsen som må bære ansvaret for at rutiner og systemer er på plass, og ledelsen må være opptatt av det helsefaglige, av kvalitet og sikkerhet for pasientene. Larsen pekte også på ulike tiltak for gradvis å flytte oppmerksomheten over til fag og pasientsikkerhet. Ett av tiltakene er den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen, men det er også behov for flere kvalitetsindikatorer som viser faglige resultater og for indikatorer som viser pasientsikkerhet. Det må ryddes i ansvaret mellom profesjoner og ledelse, og ansvaret for pasientsikkerhet og kvalitet må forankres i linjen. Det er også nødvendig å styrke meldekulturen i norsk helsetjeneste, både i den enkelte institusjon og nasjonalt, og det må meldes for læring, ikke for sanksjoner og tilsyn.

Aase og Wiig gjennomførte et forskningsprosjekt der de så på håndteringen av uønskede hendelser i helsevesenet (Aase, 2010). Et av deres funn var at det oppleves at endringene i finansiering med økt fokus på økonomi, produksjon og konkurranse påvirker pasientsikkerheten. Betydningen av kostnadskutt og budsjettbalanse oppleves å komme i konflikt med det fokuset som skal være på pasientsikkerhet og kvalitet. I helsetjenesten oppleves det at begrensede ressurser gjør at pasientsikkerheten trekker det korteste strået i forhold til kravet om budsjettbalanse (Aase, 2010).

Braut og Holmboe beskriver at det er en ledelsesutfordring at de utviklingsarbeider som ledelsen initierer trekker i samme retning som de utviklingstiltak som helsepersonellet selv gjennomfører. Dette illustreres med følgende figur: (Aase, 2010)



Hvis det ikke eksisterer en kontakt mellom den profesjonelle selvråderetten og organisasjonens læring så sikres ikke nødvendigvis en faglig forsvarlig virksomhet, og det er ledelsens oppgave å sikre at dette skjer.

Helsetjenesten har utviklet seg til en meget kompleks virksomhet med sterk spesialisering. Beslutninger på et annet nivå eller et annet sted i systemet kan få uforutsette følger for pasientenes sikkerhet. Det er ofte en rekke andre faktorer enn den enkelte helsearbeiders dyktighet som avgjør om den enkelte pasient blir utsatt for uønskede hendelser eller unødige skader. Det er derfor en forutsetning for å lykkes i pasientsikkerhetsarbeidet at ledere på alle nivåer har innsikt i og vedvarende engasjement for pasientsikkerhet. Ulike faktorer som kompetanse, kultur, profesjon, menneskelige egenskaper, samarbeid, makt og teknologi påvirker hvordan pasientsikkerhet ivaretas eller ikke (Aase, 2010). I Stortingsmelding 10 (Meld. St. 10, 2012)(Norge Helse- og, 2012) understrekes det at dagens spesialiserte helse- og omsorgstjeneste medfører et stort behov for standardisering og samarbeid på tvers av fagområder og spesialiteter. Myndighetene vil derfor stimulere til standardisering gjennom nasjonale retningslinjer og veiledere, de vil utvikle tiltak for å styrke kunnskapsutvikling og kompetanse samt utvikle nye kvalitetsindikatorer. Økonomiske insentiver, endringer i regelverket og pedagogiske virkemidler er også nasjonale tiltak for å stimulere til systematisk kvalitetsarbeid.

Det engelske Institute for Healthcare Improvement har utviklet en ”Leadership Guide to Patient safety”

<http://www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/LeadershipGuidetoPatientSafetyWhitePaper.aspx>

Som et ledd i den norske kampanjen er denne guiden oversatt til norsk (Veileder for ledelse av pasientsikkerhet, 2010), og denne skal benyttes som en veileder for ledere i helsetjenesten.

http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/Ledere/Materiell/_attachment/485?_ts=132c8afabf

Følgende aktiviteter foreslås for å bedre pasientsikkerheten:

- Synliggjøring av ledelsens prioritering av pasientsikkerhet og kvalitet gjennom tydelige, vedvarende prioriteringer og forpliktelser
- Sørge for at organisasjonen har tilgang til kunnskap om best klinisk praksis, og støtte prosesser og metoder for hvordan slik praksis kan iverksettes
- Stimulere til at forbedringstiltak integreres i organisasjonens daglige arbeid.

Den vanligste svikten er som regel knyttet til det første punktet hevdes det. Ledernes ansvar for å sette pasientsikkerhet på dagsordenen som et strategisk prioritert område ansees både som det viktigste, men også som det vanskeligste punktet. Dersom pasientsikkerhet skal oppfattes som et strategisk prioritert område av de ansatte, så fordrer det at lederne retter oppmerksomheten sin mot dette. For å komme i gang med å lede pasientsikkerhetsarbeidet anbefales derfor ledere å kartlegge pasientsikkerhet i egen organisasjon/enhet. Dette kan gjøres på ulike måter:

1. Bruk av GTT målinger på enhetsnivå og analyse av årsaker til dødelighet ved gjennomgang av de 50 siste dødsfallene.
2. En gjennomgang av ulike kilder som vedrører pasientsikkerhet for å få en forståelse av hvilken risiko pasientbehandlingen i enheten er forbundet med.
3. Undersøke pasientsikkerhetskulturen i organisasjonen.
4. Gjennomgang av pasienterfaringer.
5. Analyse av årsaker til alvorlige, uønskede hendelser

http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/Ledere/Materiell/_attachment/485?_ts=132c8afabf

Veilederen forslår 5 tiltak for ledelse av pasientsikkerhet:

1. Utarbeid strategiske mål som prioriterer pasientsikkerhet
2. Vis praktisk lederskap for pasientsikkerhet
3. Konsekvent og vedvarende fokus fra ledelsen
4. Etabler, overvåk og følg opp målinger på systemnivå
5. Bygg kompetanse i pasientsikkerhet og systematisk kvalitetsforbedring

Hillerød Hospital i Danmark har i flere år arbeidet systematisk med pasientsikkerhet og prosjektleder Christian von Plessen råder ledere til å fokusere på den enkelte enhets utfordringer, at det må settes mål for hele organisasjonen men også for den enkelte avdeling, at statistikken må gjøres forståelig for medarbeiderne, at man velger ut gode forbedringsideer og prosjekter og at det lages en plan for at dette skal spres ned på det laveste nivået i organisasjonen.

http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/Ledere/Materiell/_attachment/485?_ts=132c8afafbf

National Patient Safety Agency (<http://npsa.nhs.uk/>) har utviklet følgende trinn ledere bør følge for å jobbe systematisk med pasientsikkerhet:

- Build a safety culture
- Lead and support your staff
- Integrate your risk management activity
- Promote reporting
- Involve and communicate with patients and the public
- Learn and share safety lessons
- Implement solutions to prevent harm.

1.7 Kliniske mikrosystemer, kvalitet og pasientsikkerhet

Dagens helsetjeneste er et komplekst system bestående av mange ulike nivåer. Pasienter vil i stadig økende grad være avhengig av at flere ulike behandlere samarbeider om diagnostikk og behandling. Begrepet kliniske mikrosystemer er brukt om dette systemet, og anses som de

grunnleggende byggesteinene i de større organisasjonene og i helsevesenet som helhet. Det påpekes at kvaliteten på helsetjenesten ikke blir bedre enn den kvaliteten som skapes i alle de kliniske mikrosystemene.

Et klinisk mikrosystem defineres på følgende måte:

"Et klinisk mikrosystem er en liten gruppe mennesker som jobber sammen på regelmessig basis for å gi behandling og omsorg til en bestemt gruppe pasienter. Det har kliniske og økonomiske målsettinger, prosesser som griper inn i hverandre, deler informasjon og produserer resultater" (Batalden et al., 2007).

I arbeidet med og forskning om de kliniske mikrosystemene viser det seg at enheter som leverer helsetjenester av høy kvalitet har følgende kjennetegn: En klar forståelse av hva man ønsker å oppnå, det satses på forbedringsarbeid, det er en åpen kultur for rapportering av feil og avvik, medarbeidere får opplæring og trening som gjør dem i stand til å gjøre en god jobb, de er dyktige på samhandling for å imøtekomme pasientenes behov, de har gode informasjonssystemer, registrering av behandlingsresultater skjer fortløpende, de har god støtte fra sykehuset og god samhandling med helsevesenet/helsepersonell i opptaksområdet (Batalden et al., 2007, Barach and Johnson, 2006). I disse mikrosystemene har arbeidet med sikkerhet en sentral plass, og Mohr (Mohr et al., 2004) har fremsatt følgende prinsipper for sikkerhet innenfor mikrosystemene:

1. Å gjøre feil er menneskelig og vil skje fordi mennesket ikke er ufeilbarlig. Det understrekes at det å gjøre feil ikke er synonymt med uaktsomhet. Kulturer som har fokus på ufeilbarlighet vil se på feil som et personlig problem eller svakhet. Det argumenteres for å utvikle en kultur som leter etter flere faktorer som årsaker til at feil og at løsningene ofte vil sitte i en forbedring av systemene.
2. Mikrosystemet er den sentrale enheten for analyser og opplæring i prinsipper for sikkerhet og risikotenkning.
3. Utvikling av systemer som identifiserer, forebygger, absorberer og reduserer feil. Avvikssystemer som oppfordrer ansatte til å melde feil, som bidrar til åpenhet og gir ansatte mulighet til å snakke om feil uten å skulle oppleve straff eller fordeling av skyld anses som vesentlig.
4. Skap en sikkerhetskultur. En slik kultur kjennetegnes av et åpent klima som støtter melding av feil og uønskede hendelser, og et miljø der ansatte skal kunne stille

spørsmål for å lære, og kunne fortelle om uønskede hendelser uten å være redd for at det får uheldige følger for dem

5. Snakk med og lytt til pasientene fordi de ofte har mye å si om sikkerhet.

For ledere, som er ansvarlige for kliniske mikrosystemer, er dette konkrete og praktiske forslag både til hvordan de kan utvikle kvalitet og sikkerhetstenkningen innenfor sin enhet.

1.8 Problemstilling og forskningsspørsmål

Det mangler altså ikke på forslag og konkrete tiltak til hvordan ledere på ulike nivåer kan og bør arbeide med kvalitet og pasientsikkerhet. Mens det i Stortingsmelding 10 fremkommer at Helsetilsynets landsomfattende tilsyn har avdekket noen generelle utfordringer knyttet til styring og ledelse av kvalitet og pasientsikkerhet. Det fremkommer at virksomhetenes interne styring og kontroll ofte ikke god nok til å fange opp svikt og mangler, og at ledelsen i liten grad bruker resultatparametre for å følge med på om virksomheten yter forsvarlige tjenester (Meld. St. 10, 2012)(Norge Helse- og, 2012). Det er en klar forventning fra myndighetene om at ledere i helsetjenesten både skal ha innsikt i og et engasjement for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.

Med dette som utgangspunkt ønsket vi å gjennomføre en studie for å få økt kunnskap om og forståelse for hvordan ledere arbeider for å ivareta kvalitet og pasientsikkerheten i egen avdeling. Gjennom intervjuer med 10 ledere har vi søkt å belyse problemstillingen: «Hvordan arbeider ledere for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet?» For å få svar på problemstillingen stilte vi spørsmål om:

- Informantenes oppfatning av begrepene kvalitet og pasientsikkerhet.
- Hvilke kvalitets- og pasientsikkerhetsutfordringer informantene opplever at de har.
- Hvordan informantene arbeider med disse utfordringene.

2 METODISKE VALG OG AVKLARINGER

2.1 Innledning

Hensikten med denne oppgaven er å bidra til økt innsikt i, og bedre forståelse av, hvordan ledere arbeider for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet i egen enhet. Vi har hatt som mål at prosjektet også vil kunne bidra til økt kunnskap om hvilke utfordringer og hindringer ledere erfarer i arbeidet med pasientsikkerhet, og hva de tenker må til for at dette arbeidet kan gjøres bedre. I dette kapittelet gjøres det rede for hvilke metodiske valg og avklaringer som er gjort for å kunne besvare studiens problemstilling. Gjennomføringen av studien, forskernes forforståelse samt hvordan vi har søkt å ivareta validitet, relevans og refleksivitet belyses. Det gjøres også rede for de etiske vurderinger som er gjort.

2.2 Valg av metodisk tilnærming

Kvalitative forskningsmetoder bygger på teorier om menneskelig erfaring og fortolkning; fenomenologi og hermeneutikk. Målet er utforskning av meningsinnhold slik de involverte oppfatter det i sin naturlige sammenheng. En kvalitativ tilnærming velges når en ønsker å få økt kunnskap om menneskers erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Hensikten er å få beskrivelser og økt forståelse for problemstillingen som undersøkes (Malterud, 2011). En generalisering er altså ikke målet når kvalitative metoder velges som forskningsmetode, men å få frem mangfold og nyanser. 10 kvalitative intervjuer er gjennomført i denne studien for å innhente opplysninger om informantens erfaringer i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Det sentrale har vært å få frem informantens beskrivelser av det som skal undersøkes slik disse oppfatter og opplever det, og å være lojal mot informantens egen versjon av sin historie (Kvale, 1996).

2.3 Om forskerne og vår forforståelse

I følge Malterud vil forskerens person alltid, på en eller annen måte, påvirke forskningsprosessen og resultatene av denne (Malterud, 2011). Den samme virkelighet kan beskrives ut fra ulike perspektiver, selv om ikke alle perspektiver er like relevante for den problemstillingen som ønskes belyst. Forskerens perspektiv og posisjon har derfor stor betydning for hvilken kunnskap som kommer frem (Malterud, 2002). I kvalitative metoder er målet at materialet skal reflektere informantenes erfaringer og meninger, og forskeren skal ikke overdøve informantenes ”stemme”. Det er nødvendig å holde seg i bakgrunn, samtidig som man må være klar over den påvirkningen man faktisk har på materialet. Forskernes forforståelse er derfor en viktig faktor; den består av de erfaringer, de hypoteser, det faglige perspektiv og den teoretiske referanseramme forskeren har ved prosjektets innledning (Malterud, 2011). Malterud understreker hvordan forskeren i kvalitative studier er å betrakte som en aktiv deltaker i kunnskapsutviklingen, og hvordan dennes kunnskap og posisjon får avgjørende betydning for hva slags kunnskap som kommer fram (Malterud, 2002). En god analyse forutsetter at forskeren er seg dette bevisst og åpent formidler sitt utgangspunkt og posisjon. Det er også vesentlig at det reflekteres rundt de følger dette kan ha for resultater og konklusjoner av forskningen.

I denne studien er vi som forskere to mastergradsstudenter ved Universitetet i Oslo, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi. Til daglig har vi vårt arbeid ved to ulike sykehus; en er barnelege og forsker/doktorgradsstudent med erfaring fra klinisk arbeid og klinisk forskning og en er sykepleier og rådgiver i ledelsen i en medisinsk klinikk, med ledererfaring og erfaring fra kvalitativ forskning. Vi har altså ulike utdanning og yrkeserfaring, men en felles masterutdanning der emnet ”Planlegging, kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten” har gitt oss et felles teoretisk utgangspunkt for dette prosjektet. At vi har ulik utdanning og erfaring, både yrkes- og forskningsmessig, gjør at vi gikk inn i prosjektet med ulike teoretiske modeller, begreper og forskningstradisjoner. Dette var vi klar over når vi startet prosjektet, og vi har erfart det som nyttig både i gjennomføringen av intervjuene, i analysen og i diskusjonen av resultatene. Nærhet til forskningsfeltet og problemstillingen som skal belyses er ofte en viktig motivasjon, men kan i noen sammenhenger bli forstyrrende for det som kommer frem i datamaterialet. Fordi dette prosjektet ligger nærmere arbeidet til den ene av oss, har den andres noe mer distanserte forhold til dette feltet vært balanserende og bidratt til andre perspektiver i de ulike delene av forskningsprosessen.

2.4 Utvalgsavklaringer, utvalg av sykehus og valg av informanter

For å ivareta et helhetsperspektiv er bredde i utvalget viktig. Å få et utvalg som hadde høy informasjonsverdi var målet. Vi ønsket et utvalg som kunne gi beskrivelser som ville øke forståelsen for hvordan ledere arbeider med kvalitet og pasientsikkerhet. Vi valgte derfor et strategisk utvalg med potensiale til å belyse problemstillingen.

Vi ønsket i denne studien å få informasjon om hvordan de som jobber nært pasientene så på kvalitet og pasientsikkerhet. Sykehusene er ledet av en sykehusdirektør med egen administrasjon. Sykehusene er delt inn i klinikker som ledes av klinikkledere med sin stab, klinikkene er igjen delt inn i avdelinger som så i sin tur er delt inn i seksjoner. Størrelsen på seksjonene kan variere fra 5 til 70 ansatte. Seksjonslederne er nærmeste leder for de ansatte som behandler og pleier pasientene.

Studien er gjennomført ved to relativt ulike sykehus, et områdesykehus og et universitetssykehus. Innenfor disse sykehusene var vi interessert i informanter som kunne belyse problemstillingen fra ulike innfallsvinkler og ulikt ståsted. Utvalget er derfor sammensatt av 5 legeledere og 5 sykepleieledere (6 kvinner og 4 menn), med ulik bakgrunn og erfaring fra to ulike klinikker ved de to sykehusene. Begge klinikkene har ansvar for behandling og pleie av inneliggende pasienter i sykehuset, i tillegg til dagbehandling og polikliniske konsultasjoner. Informantene hadde ulik bakgrunn når det gjaldt utdannelse, spesialisitet, formell lederkompetanse, hvor lang ledererfaring de hadde, hvor mange ansatte de hadde lederansvar for, og om lederne også hadde klinisk arbeid eller kun lederoppgaver. Det var også ulikheter i størrelsen på enhetene de ledet, hvilke oppgaver enhetene hadde, det var både intensivavdelinger og vanlige sengeposter.

Vårt mål var at dette utvalget ville gi oss et variert og mangfoldig materiale som i analysefasen ville kunne gi oss tilgang til alternative versjoner og tolkningsmuligheter (Malterud, 2011). Klinikksjefene ble via et informasjonsskriv forespurt om tillatelse til at studien ble gjennomført (vedlegg 1 og 2). Ledere med ulik erfaring og bakgrunn ble så forespurt om de kunne tenke seg å delta i studien via et informasjonsskriv. Informantene som sa ja ble så kontaktet personlig for avtale om intervju.

2.5 Kvalitativt forskningsintervju

Kvale beskriver det kvalitative forskningsintervjuet som et intervju som er sentrert rundt den intervjuedes verden. Hensikten er å beskrive og å forstå de sentrale temaer den intervjuede erfarer, og en ønsker å få frem så mange nyanser som mulig. Presisjon i beskrivelsene og strenghet i tolkning av meninger i det kvalitative intervjuet korresponderer med kravet om nøyaktighet i kvantitative undersøkelser. Det kvalitative intervjuet har en deskriptiv orientering, der en søker å få frem informantenes beskrivelse av spesifikke situasjoner og handlinger, det er ikke generelle oppfatninger som undersøkes (Kvale, 1996). Det er vesentlig at intervjueren er åpen og nysgjerrig på det som blir sagt og det som ikke blir sagt; et godt kvalitativt intervju skal gi rom for flertydighet (Malterud, 2011). Intervjueren må være lydhør for forandringer, det er vesentlig å utvikle en sensitivitet som intervjuer, og det er nødvendig å være kritisk til egne forutsetninger og hypoteser gjennom intervjuet (Kvale, 1996, Kvale et al., 2009).

I planleggingen av prosjektet diskuterte vi i hvilken grad det ville være mest hensiktsmessig å gjennomføre intervjuene med individuelle informanter eller om fokusgruppeintervjuer ville egne seg like godt. Siden vi var interessert i den enkeltes erfaringer, og ikke ledernes felles erfaringer med å arbeide med kvalitet og sikkerhet, ble individuelle intervjuer valgt. Det er vesentlig at intervjueren har en åpen holdning og er bevisst sine fordommer. Dette innebærer at man er åpen og nysgjerrig på alt som belyser emnet, og at man er bevisst egne holdninger og meninger som kan komme til å påvirke hva man hører i intervjuet. Det har i denne oppgaven vært en fordel å være to intervjuere. Intervjuene er gjennomført i sykehus og med ledere vi ikke hadde kjennskap til fra tidligere. Dette gjorde det lettere å ha en åpen holdning til informantene, informantene hadde heller ingen kjennskap til intervjueren på forhånd. Målet var å få informantene til å føle seg trygge til å komme frem med sine egne tanker og holdninger. Siden vi har vært to som har intervjuet har vi diskutert gjennomføringen av hvert intervju i etterkant og som en forberedelse til det neste intervjuet.

2.6 Utarbeidelse av intervjuguide og gjennomføring av intervjuene

Det kvalitative intervjuet skal foregå som en samtale der den som intervjuer går inn med et åpent sinn, men med en klar problemstilling som det holdes fast ved gjennom hele intervjuet.

Dette skal bidra til at samtalen blir fokusert og rik på informasjon som belyser problemstillingen (Malterud, 2011). En semistrukturert intervjuform ble valgt, og vi utarbeidet en intervjuguide som fungerte som en struktur for samtalen (vedlegg 5). Det var viktig at intervjuguiden ikke var for detaljert, den skulle fungere som en form for huskeliste for de temaene vi ønsket å ta opp i intervjuet. På bakgrunn av litteratur og diskusjon rundt problemstillingen ble følgende temaer valgt som ramme for intervjuene:

Tema 1: Kvalitets- og pasientsikkerhetsutfordringer i seksjonene

Tema 2: Arbeidet med kvalitets- og pasientsikkerhetsutfordringene

Tema 3: Hindringer for kvalitets/pasientsikkerhetsarbeidet

Tema 4: Forhold som vil bidra/ er nødvendig for å styrke kvalitets/pasientsikkerhetsarbeidet

Det er vesentlig at informantene føler seg trygge og komfortable under intervjuet, at de opplever at de kan snakke fritt og at intervjueren er interessert i det de forteller. Intervjuene foregikk i et nøytralt møterom med kaffe og sjokolade. Intervjuerne stilte ikke i sykehusklær, men i pent hverdagstøy. Begge intervjuerne la vekt på en vennlig og imøtekommende stil. Alt dette bidro til en uformell og trygg atmosfære. At hverken informant eller intervjuer kjente til hverandre på forhånd var et valg for å skape en fordomsfri og åpen intervjusituasjon. Åpne spørsmål og en ikke kritisk holdning til informantene var også en strategi med samme formål. Vi opplevde at det var en trygg og åpen atmosfære under intervjuene. Informantene var opptatt av og interessert i problemstillingen og temaene vi ønsket å samtale med dem om.

2.7 Relevans, validitet og refleksivitet

Kvalitative studier har vært kritisert for at de ikke følger de krav som settes til vitenskapelig virksomhet. Særlig kritiseres det at kravene til reliabilitet, validitet og objektivitet ikke følges. Metodiske utfordringer knyttet til forskerens rolle, forhold knyttet til utvalg og hvordan en sikrer en systematisk håndtering og fortolkning av materialet i analyseprosessen er diskutert i forhold til validitet. Vitenskapelig kunnskap skal være et resultat av systematisk, kritisk refleksjon hevder (Malterud, 2011), og forskerens viktigste virkemiddel for å sikre

pålitelighet er at leseren får innsikt i de betingelser kunnskapen er utviklet under. Velkjente vitenskapelige prinsipper som systematisk og reflekterende kunnskapsutvikling, der prosessene er tilgjengelige for innsyn er like sentralt i kvalitativ som i kvantitativ forskning. Forskeren forplikter seg til å samle inn og bearbeide materialet mot en systematisk sammenfatning med analyse av problemstillingen (Malterud, 2011). Forskerens rolle bør drøftes ved at for forståelse og motivasjon tematiseres. Utvalgets sammensetning og konsekvenser skal overveies og drøftes slik at det blir mulig å overveie overførbarheten av funnene. Analyseprosessen kan klargjøres ved at den teoretiske referanserammen presenteres, og at fremgangsmåten fra data til resultater er tilgjengelig (Malterud, 2002). Grunnlagsbetingelsene for vitenskapelig kunnskap er studiens relevans, validitet og refleksivitet hevder Malterud (Malterud, 2011).

Relevans omhandler om studiens problemstilling oppfattes å være relevant. Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er et uttalt mål fra myndighetshold nasjonalt og internasjonalt. Det er derfor av interesse å få økt kunnskap om hvordan det arbeides med dette, og studiens problemstilling vurderes som relevant. Både litteratur og styringsdokumenter ble lest for å få bedre oversikt og kunnskap om feltet før studien ble gjennomført.

Validitet omhandler gyldigheten av funnene; hva er rekkevidden og overførbarheten av funnene utover den sammenheng studien er gjennomført i. Vi har spurt ledere hvordan de arbeider med kvalitet og pasientsikkerhet, og i vårt analysearbeid har vi stilt de samme spørsmålene til den transkriberte teksten. Målet med studien er ikke generalisering, men økt innsikt i og forståelse for problemstillingen, og vi mener at studiens funn kan ha overføringsverdi til ledere som arbeider med de samme utfordringene som våre informanter beskriver.

Refleksivitet handler om hvordan forskningsprosessen har preget funn og konklusjoner, og i hvilken grad forskerne har inntatt en kritisk holdning til sin egen fremgangsmåte og konklusjoner (Malterud, 2011). Det siste punktet kan knyttes til det vitenskapelige kravet om objektivitet, som slik det ofte brukes i kvantitativ forskning oppfattes som distanse og nøytralitet til fenomenet som studeres. I kvalitative studier er nærheten til det som studeres helt nødvendig. Betydningen av en åpen og kritisk holdning til gjennomføringen av forskningsprosessen er vesentlig for at resultatene skal oppfattes som troverdige. Vi forsøker i

denne oppgave å beskrive de ulike metodiske valg som er tatt og hvilke refleksjoner vi har gjort i prosessen slik at denne fremstår som transparent for leseren.

2.8 Framstilling og behandling av data

Det ble gjort digitale opptak ved hjelp av PC i alle intervjuene. Intervjuene ble lagret som nummererte anonymiserte opptak på PC, og de transkriberte opptakene er anonymisert og lagret på PC. Opptakene ble transkriberte få dager etter at intervjuene var gjennomført av den som hadde gjennomført intervjuet. Typiske enstavelsesord, gjentakelser og liknende ble delvis utelatt for å gjøre det til et enklere lesbart språk, og fordi de ikke hadde betydning for det meningsbærende innhold. Sitatene som brukes i resultatkapittelet er noe redigert for å gi dem en mer skriftlig form. Individuelle intervjuer representerer en tidkrevende strategi for datainnsamling og leder ofte til omfattende arbeid med transkripsjon og analyse. Det store datamaterialet ble gjennomgått trinnvis; etter transkribering analyserte og kategoriserte vi først 3 intervjuer, så de neste 3, også videre. Til slutt satt vi med 10 analyser som så ble til en hovedanalyse (Vedlegg 6)

2.9 Analyse av data

Systematisk tekstkondensering slik den presenteres av Malterud (Malterud, 2011) med utgangspunkt i Giorgi (Giorgi, 1985) er benyttet i vår analyse av datamaterialet. Analysen er gjennomført i 4 trinn: først et helhetsinntrykk, så identifisering av meningsbærende enheter, abstraksjon av disse enhetene for så å sammenfatte dette. Vårt datamateriale besto av 10 intervjuer som hadde en varighet på mellom 45 - 60 minutter. Intervjuene ble transkribert nærmest ordrett slik at vi ivaretok det opprinnelige materialet, og informantenes erfaringer og meninger ble formidlet slik de ble oppfattet under intervjuet (Malterud, 2002). I analysen skulle vi bygge en bro mellom rådata og resultater ved at vi fortolket og sammenfattet materialet. Problemstillingen var utgangspunktet og vi stilte følgende spørsmål til teksten: Hvilke kvalitets- og pasientsikkerhetsutfordringer ser lederne og hvordan arbeider de med disse utfordringene. Etter at intervjuene var transkribert ble de gjennomlest av begge forskerne, og så begynte vi innholdsanalysen. Hvert intervju ble gjennomgått og organisert i ulike temaer vi mente vi kunne se i materialet. Så utarbeidet vi et kodeskjema for hvert

intervju der de meningsbærende enheter innenfor hvert av de temaene vi først hadde identifisert ble identifisert. Deretter klassifiserte vi de meningsbærende uttalelser fra intervjuene i ulike koder som igjen ble ordnet i undergrupper. Kodingen innebar en systematisk dekontekstualisering der vi tok teksten ut av sin sammenheng for å kunne se den sammen med andre beslektede tekstelementer (Malterud, 2011). Undergruppene av kodene ble så kondensert, dette innbar en sammenfatning av innholdet som vi brukte for å komme frem til beskrivelsene og begrepene som fremkommer i resultatkapittelet.

2.10 Etiske betraktninger

All forskning må vurderes i forhold til etisk forsvarlighet, og grunnlaget for deltagelse i forskning er basert på frivillig informert samtykke. At informantene er sikret anonymitet er også et vesentlig prinsipp som skal ivaretas. Prinsippet om frivillig informert samtykke ble ivaretatt ved at informantene ble orientert om prosjektets hensikt ved at klinikkjefene i de to klinikkene ble forespurt, deretter ble aktuelle deltagere forespurt via et informasjonsskriv med samtykkeerklæring (vedlegg 1 og 2). På bakgrunn av informasjonsskrivet kunne informantene ta stilling til om de ønsket å delta eller ikke. Det ble opplyst at deltagelsen var frivillig og at en når som helst kan trekke seg fra studien. Det var også vesentlig å sikre informantene anonymitet og at resultatene presenteres uten at det er risiko for gjenkjenning. Vi har søkt å ivareta anonymitet på ulike måter: Undersøkelsen er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) og gjennomført i henhold til de regler de har for gjennomføring av prosjekter (vedlegg 3 og 4). Sykehusenes personvernombud har godkjent studien. Opptak og lagring av intervjuene er gjort uten personidentifiserbare opplysninger, de har vært utilgjengelige for andre enn forskerne, og alle data slettes ved prosjektets slutt. Anonymitet er også søkt ivaretatt ved at ingen i klinikkledelsen eller noen av informantene kjente til hvem informantene var. Det ble tatt direkte kontakt med den enkelte informant for å avtale tidspunkt for intervju. I fremstillingen av resultatene er både informantenes og klinikkens anonymitet søkt ivaretatt ved at mulige gjenkjennelige tegn er utelatt uten at det forringer studiens funn. For å sikre anonymitet er sitatene ikke merket.

3 RESULTATER

Vi har klassifisert resultatene i tre hovedkategorier; begreper, mennesker og system. Innen kategorien «mennesker» fant vi følgende underkategorier: Kompetanse, kultur og manglende kontinuitet. Innenfor kategorien «system» fant vi underkategoriene; organisatoriske rammevilkår, krav til kvalitet, økonomi og prioriteringer. I det følgende vil vi presentere funnene, og vi starter med å gjøre rede for informantenes oppfatning av begrepene kvalitet og pasientsikkerhet.

3.1 Begreper

3.1.1 Kvalitet og pasientsikkerhet

Vi spurte informantene om hvilke kvalitets- og pasientsikkerhetsutfordringer de opplevde å ha i sin seksjon, og det var vesentlig for oss å få en forståelse av hva informantene la i begrepene og om de skilte mellom disse begrepene. De fleste informantene benyttet gjennomgående begrepet kvalitet, og på spørsmålet om de skilte mellom begrepene kvalitet og pasientsikkerhet så svarte de fleste at de i liten grad skilte mellom begrepene, men at de to begrepene er knyttet til hverandre. De fleste sa at god kvalitet gir pasientsikkerhet; altså at det ene følger av det andre.

”Pasientens sikkerhet i forhold til de tingene vi skal gjøre med og for pasientene forutsetter jo at du har en god kvalitet, og at du har riktig kunnskapsnivå på de som skal gjøre det, men hvis det blir lavt så blir også sikkerheten for pasientene lavere.”

En av informantene påpekte det problematiske i å ha en for snever definisjon av pasientsikkerhet.

”Nei, jeg synes det egentlig er det samme altså, men det er et definisjonsspørsmål, hvis sikkerhet bare er å unngå ulykker, da har man snauet det inn litt.”

Noen knyttet begrepet pasientsikkerhet til administrative rutiner og logistikk, mens andre knyttet pasientsikkerhetsbegrepet til at gjeldende prosedyrer og rutiner ble fulgt.

”Jeg tenker at kvalitet og pasientsikkerhet henger litt sammen, for når du leverer god kvalitet så følger vi de prosedyrene som det er bestemt at vi skal følge, da har vi pasientsikkerhet så godt som vi kan ivareta den.”

Andre trakk frem betydningen av kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter som et vesentlig pasientsikkerhetsaspekt.

”En del av sikkerheten er jo at det vi gjør det gjør vi ordentlig, det andre er at vi kommer når vi har sagt at vi skal komme, og så er det jo en stor utfordring i kommunikasjonen. Mye av sikkerhetsproblematikken handler om kommunikasjon og tilgjengelighet”.

Når informantene snakket om kvalitetsbegrepet var det på et relativt overordnet, abstrakt nivå, og det ble forutsatt en felles forståelse og oppfatning av begrepet slik disse to sitatene viser:

”Når det gjelder kvalitetsutfordringer så er det en faglig bit hvor vi må forsøke å måle og ha en bevissthet på at det vi gjør holder mål. At vi stiller de riktige diagnosene og at vi behandler folk riktig, og at vi oppnår de resultatene, også overlevelsesmessig, som gjelder i dette fagområdet internasjonalt.”

”Når jeg sier kvalitet i forhold til min stab så er det at de må ha en kvalitet i den nødvendige kompetanse til å kunne gjennomføre de utredningene og prosedyrene som er knyttet opp mot pasientivaretakelse og pasientbehandling.”

De fleste informantene benyttet gjennomgående begrepet kvalitet, og de brukte begrepet på et relativt abstrakt og overordnet nivå. Ulike aspekter av kvalitetsbegrepet ble trukket frem, men begrepet ble ikke definert og informantene beskrev ikke i detalj hva de anså som trekk ved god kvalitet.

3.2 Menneskene

3.2.1 Kompetanse

Å sikre rett kompetanse på individnivå ble ansett som en utfordring for å oppnå god kvalitet og pasientsikkerhet. Kvaliteten avhenger av at hver enkelt medarbeider har riktig og nødvendig kompetanse, tilstrekkelig erfaring og at de er motiverte for arbeidsoppgavene.

”Kvaliteten på tjenesten er veldig avhengig av kvaliteten på de menneskene vi har. Jeg har brukt mye tid på å finne flinke medarbeidere, å beholde medarbeidere og hjelpe til med å utvikle dem. Så du kan si at kvaliteten på et sykehus er veldig knyttet opp til kvaliteten som blir levert av de som er her, både leger og sykepleiere”

Informantene anså det som en kvalitetsutfordring dersom medarbeiderne ikke hadde kompetanse og erfaring som gjorde dem i stand til å prioritere riktig i forhold til pasienter og i forhold til arbeidsoppgaver.

”De har ikke har god nok eller lang nok erfaring til å håndtere helheten i forhold til å sortere hva som er viktigst og hva som må komme først. Det skaper stress for dem at de har 5 oppgaver som alle oppfattes som like viktige, også klarer de ikke å prioritere hva som skal gjøres først og da blir det kaos- og stressituasjoner.”

Nødvendig kompetanse for å sikre at de ulike systemene fungerer, ble også opplevd som en kvalitetsutfordring.

”Vi kjenner i mindre grad til hvor flaskehalsene egentlig sitter, for flaskehalsen bør ikke nødvendigvis sitte i det elektroniske, men på folk som flytter en arbeidsoppgave derfra til dit, og så gir man uklare meldinger om hvem det er som faktisk skal løse den arbeidsoppgaven for deg dersom du ikke gjør det selv.”

Det ble fremhevet at det er en særlig utfordring for pasientsikkerheten når det er dårlig kompetanse innenfor dokumentasjon.

”Den største utfordringen for pasientsikkerheten, det er dokumentasjonen vår. Det er viktig at det er god dokumentasjon sånn at beskjeder blir overført mellom personalgruppene og mellom de ulike skiftene i løpet av et døgn”.

Informantene påpekte at det er en risiko for feil hvis dokumentasjonsrutinene ikke følges, og når det er for dårlig kompetanse i forhold til de pasientadministrative rutinene.

”Når mange flere sekretærer skal betjene mange flere fagområder så mister man den spesialkompetansen som går på det enkelte fag, og hvis de da ikke kan våre rutiner så skjer det feil.”

Det fremkom at det kan være en ekstra utfordring å sikre tilfredsstillende kompetanse når det forventes spisskompetanse. Dette er spesielt knyttet til enheter som skal dekke en landsfunksjon.

Flere la vekt på å arbeide med strukturer og systemer for å sikre at de ansatte hadde nødvendig kompetanse. Det ble arbeidet med prosedyrer og oppdatering av disse, og det ble definert klare forbedringsområder der det var behov for økt kompetanse. I de fleste enhetene var det etablert faste rutiner og systemer for opplæring og undervisning.

”I vår avdeling har vi jobbet med kompetanseoppbygging. Hvis sykepleierne har høy kompetanse på de spesielle områdene som er viktig hos oss, så blir kvaliteten bedre også blir pasientsikkerheten bedre. Vi jobber nå med å utarbeide et kompetansekartleggingsskjema. Vi ble inspirert av rapporten fra 22. Juli kommisjonen der det ble avdekket at det var mange detaljer som ikke var på plass. Vi har store, gode systemene og dyre hjelpemidler, men hvis de ansatte ikke har satt seg inn i disse, så hjelper det ikke. Hos oss var det mange som ikke kunne de små detaljene, og det kan medføre at ikke blir bra nok kvalitet.”

I mange av enhetene var det etablert faste møtepunkter der faglige spørsmål ble diskutert.

«Det vi har gjort det siste året som bedrer pasientsikkerheten, er at vi har bedret vår kommunikasjon internt. Vi har etablert flere faste treffpunkter der vi får diskutert faglig vanskelig problemstillinger eller etiske vanskelig problemstillinger. Det gjør at vi daglig har muligheter til å ta opp ting i kollegiet, slik at det blir mindre sololøp og en er mindre alene om ting.»

Betydningen av det faste morgenmøtet som en arena for å sikre kvalitet ble også trukket frem.

”Du kan si at det er et utrettelig arbeid hver eneste dag når vi har morgenmøtene og hører om det som har kommet inn, å sikre at kvaliteten av det som blir gjort er bra”

Noen informanter vektla arbeidet med hver enkelt medarbeider som vesentlig for å sikre og videreutvikle kompetanse. Direkte veiledning og tilbakemeldinger for å gi de ansatte mestringfølelse ble ansett som er en viktig arbeidsform for å videreutvikle både de ansattes og enhetens kompetanse.

”Jeg bruker mye tid på den enkelte for å prøve å veilede, hva var det som gjorde at dette ble kaotisk. Jeg er opptatt av å finne ut hva er det som har skjedd, hva er det som gjør at de har opplevd situasjonen slik som de gjør. Målet mitt er å trygge dem på at den jobben de står ovenfor når de er alene, den håndterer de, men de må få hjelp til å sortere det så det ikke blir så kaotisk for dem. Jeg har erfart at det å sette meg ned med dem og å høre på dem og la dem få dette ut hjelper dem til egenrefleksjon.”

Betydningen av å verdsette kompetanse og bry seg om de ansatte ble også vektlagt som vesentlig for å sikre kvalitet.

”Jeg tror at opplevelsen av at du betyr noe, at du gjør noe, at det har verdi det du gjør, det tror jeg er veldig viktig. Så hvis du skal ha gode medarbeidere så må du passe på medarbeiderne dine, det er en av nøklene.”

Informantene jobbet både direkte og indirekte med utfordringene. Noen var svært delaktige i både systemarbeidet og arbeidet med den enkelte medarbeider.

”Jeg må bruke enda mere tid ut i avdelingen og følge det opp selv, selvfølgelig sammen med teamlederne. Jeg må være ”på” hele tida, nesten daglig, for at de skal oppleve at dette er viktig.”

Andre hadde valgt en mer indirekte arbeidsform og hadde delegert arbeidet med å sikre kompetanse til andre ressurspersoner.

”Men det går faktisk ganske av seg selv, jeg har veldig flinke fagsykepleiere og de holder trådene i det og gir meg informasjon om hva de holder på med. Og det går sin gang, det har alltid vært gode rutiner her.”

Sitatene viser at informantene oppfattet de ansattes kompetanse som en vesentlig faktor for å sikre kvalitet, men de valgte ulike tilnærmingsmåter og arbeidsformer. Noen valgte en direkte form der lederen selv var svært delaktig i arbeidet med de ansattes kompetanse. Andre valgte en mer indirekte arbeidsform der dette arbeidet ble delegert til andre. Det fremkom også ulikhet i forhold til i hvor stor grad de vektla arbeidet med systemer (strukturer og rutiner), eller om det direkte arbeidet med medarbeiderne var hovedfokuset for å sikre den nødvendige kompetansen.

3.2.2 Kultur

Et annet utfordringsområde informantene anga som vesentlig for å sikre kvalitet, var seksjonens kultur. Motiverte medarbeidere som engasjerte seg for faget og for fagets utvikling ble ansett som en nødvendig forutsetning for å kunne gi tjenester av god kvalitet.

”Det jeg synes er den største utfordringen som leder er å få sykepleierne til å bli, og å motivere dem til å ha det faglige fokuset.”

De ansattes holdninger til kvalitet og til egen kompetanse ble oppfattet som en faktor som kan, dersom den er dårlig, true kvaliteten.

”Jeg opplevde at det var mangel på konsentrasjon og forståelsen for viktigheten av det som skulle gjøres, det var ikke noen alvorlige feil, det var rett og slett slurv.”

Dersom de ansatte ikke hadde kvalitet i fokus og ikke var opptatt av at de stadig måtte øke sin kompetanse så kunne kvaliteten på tjenesten bli dårlig.

”Det er sykepleiere som har jobbet her i 20 år og som kan si: «Jeg er ikke så god på dette, kan ikke du gjøre det for meg?» Hvis du har 2 og 3 sånne sykepleiere på samme vakt, da kan det bli en fare for pasientsikkerheten.”

Det ble oppfattet som en kvalitetsutfordring å sikre at seksjonen har en kultur og et miljø for læring. Dette innebar at skal være læring og utvikling for nye og uerfarne ansatte, men også for de erfarne medarbeiderne.

”En ting som vi har satset bevisst på, også når vi har vært dårlig bemannet, er at vi skal ha mester- svenn læring for LIS ene våre og for turnuslegene. De skal alltid ha supervisjon, og ha med overlege på previsitt hver dag og med på visitt flere ganger i uken. At supervisjon har noe med kvalitet å gjøre det er jeg helt overbevist om at det har, også i forhold til kvaliteten som blir levert til pasientene.”

Det ble påpekt at erfarne ansattes forventinger til faglig og personlig utvikling kan komme i konflikt med pålagte opplæringsoppgaver, og at dette igjen vil kunne påvirke kvaliteten på tjenesten og arbeidsmiljøet i enheten.

”Det er en utfordring når de erfarne legene bruker uforholdsmessig mye tid på supervisjon og oppfølging av pasientgrupper som ligger behandlingsmessig hos andre leger. De legene som er erfarne får da mindre tid til videreutvikling av egne ferdigheter og eget kunnskapsnivå.

Det skaper en utfordring for både pasientsikkerheten og pasientbehandlingen, og det skaper en utfordring i forhold til legenes forventinger til faglig og personlig utvikling. Hvis du ikke får gjennomført i forhold til eget ambisjonsnivå så betyr det mye for kvaliteten og for arbeidsmiljøet. ”

Som en del av et lærende miljø trakk noen informanter frem betydningen av å ha en kultur der det oppfattes som viktig og naturlig å diskutere og korrigere feil, og at de ansatte oppfattet dette som en mulighet for læring og videre utvikling. Åpenhet for konstruktive tilbakemeldinger, kombinert med at de ansatte opplever å få anerkjennelse og respekt for det arbeidet som utføres, ble fremhevet som vesentlig.

”Jeg tar det opp på morgenmøtene, prøver å skape læring av det, men det gjelder å gjøre det på en sånn måte at den som sto i det ikke blir ødelagt av det. Det er en delikat balanse å korrigere kollegaene og ikke gi dem refs, men gi dem opplevelsen av at de lærer”

En annen informant trakk frem utfordringer som kan oppstå når nye ting skal og må læres, og hvordan dette kan oppleves av erfarne ansatte.

”Når man i godt voksen alder skal lære nye ting og faktisk må innse at det er noe jeg ikke kan noe om, og man jobber på et sykehus som definerer seg som den ultimate ende på kompetanse, da kan det være en utfordring. ”

Den siste kulturutfordringen som ble vektlagt var knyttet til de ansattes rettigheter og deres holdninger til arbeidet. Det ble problematisert hvordan norske arbeidstakers rettigheter, både når det gjaldt ferie og fravær, reduserte mulighetene for kontinuitet og dermed påvirket ledernes mulighet til å sikre kvalitet.

”Så jeg vil nok si at den moderne arbeidstager er nok mindre inneforstått med at de skal sitte her lenge, og at de skal være slitne og at der et slags et sacrifice, folk ser på yrket sitt som mindre enn de gjorde før. Det er en stor utfordring”

Det ble også trukket frem at dagens sykehusansatte ikke lenger oppfatter arbeidsstedet som det stedet de vil tilbringe mesteparten av sin tid, og at dette påvirker muligheten for å høyne kvaliteten ytterligere.

”Det har jo blitt sånn at selv mannlige leger har lyst til å gå hjem”

Flere av informantene hadde en oppfatning av at arbeidstakernes rettigheter kan være en medvirkende årsak til at kvaliteten ikke blir god nok, men de hadde ulik tilnærming til og forventinger til sine medarbeidere i forhold til dette. Noen hadde en oppfatning om at ”livet er jobben”. Dette ble kommunisert til de ansatte som en klar forventning, «det er på dette nivået vi skal være i vår seksjon». Andre hadde valgt en mer pragmatisk tilnærming der de anså at ”livet er mer enn jobb”, og dette påvirket hva det var mulig å få til med de ansatte. Det ble derfor påpekt at ambisjonsnivået måtte legges på et nivå det var mulig å oppnå innenfor dagens rammer.

Igjen valgte informantene ulike tilnærmingmåter i arbeidet med utfordringene. Det ble arbeidet både med medarbeidere og med systemer, og arbeidsformen kunne være personlig og direkte eller mer distansert.

Det var varierende hvor stort engasjement som ble lagt i arbeidet med kultur. Noen informanter ga uttrykk for at de arbeidet aktivt med å ha fokus på de kulturelle faktorene de oppfattet som viktige for å bidra til økt kvalitet. Andre ga ikke uttrykk for det samme engasjementet i relasjon til denne kategorien.

I arbeidet med medarbeiderne fremhevet flere at det å skape en fellesskapsfølelse i seksjonen hadde betydning for kvaliteten på tjenestene som gis. At de ansatte ble involvert, at de fikk anerkjennelse og følte seg verdsatt, ble angitt som viktige faktorer for å skape en kvalitetskultur.

”Jeg ser hvor viktig det er at man blir stimulert og respektert, og det er mange som går her og som ikke blir sett og respektert, og dette gjelder alle yrkesgrupper. Jeg synes hele strukturen er gjerrig, og det påvirker kvaliteten”.

Betydningen av å ha tydelige forventninger og krav til de ansatte ble også understreket som nødvendig for å sikre kvalitet.

”At vi kollegaene treffes og er forent om hva vi mener og om hva vi skal si, bare at vi snakker sammen og vet hva de andre tenker, det tror vi har noe å si for pasientsikkerheten og kvaliteten i behandlingen.”

Flere av informantene poengterte det dilemmaet som kunne oppstå når de hadde ansatte som ikke maktet de kravene arbeidslivet stilte.

”Som leder må man stille krav, men man må også oppdage når kravene er for voldsomme”

At ledere har en vesentlig rolle både i å uttrykke forventninger og krav, men også i å være en rollemodell i arbeidet med kvalitet ble fremhevet. Hvordan ledere kan være toneangivende i arbeidet med å utvikle en kultur for læring og læring av feil, tematiseres i kategorien ”kompetanse”, men dette fremkom også i ledernes arbeid med kultur.

”Alle skal ha fokus på kvalitet, men det er jo noe med at det også kommer fra lederen og at han skal gå foran som et godt eksempel. Det skal gjentas og det skal være oppe i mange sammenhenger.”

Noen informanter hadde fokus på at skape en kultur der feil ble diskutert åpent i felles fora, mens andre hadde større oppmerksomhet mot å arbeide med å øke antallet meldinger av feil i avvikssystemene.

Å ha klare ambisjoner og å sette tydelige mål på seksjonens vegne fremkom også som vesentlig for seksjonens kvalitet. Her fremkom det relativt stor variasjon i forhold til hvor informantene ønsket å legge ambisjonsnivået. Det varierte fra ambisjonen om at man skal holde internasjonalt nivå til at man har som mål å ha et tilstrekkelig antall ansatte som kunne beherske de fagområdene seksjonen skulle ivareta.

I arbeidet med systemer for å skape en kultur som fremmet kvalitet hadde de ulike seksjonene varierende grad av etablerte, velfungerende systemer som de støttet seg til. Eksempler på dette var faste møter, etablerte kvalitetsråd, faste undervisningsdager, regelmessig opplæring/undervisning, etablerte forskningsstillinger, faste arrangementer som bidro til fellesskapsfølelse og innarbeidede rutiner for utarbeidelse og revisjon av prosedyrer.

Informantene anga ulikt engasjement i disse aktivitetene. Noen anså det som sitt ansvar å etablere og være pådrivere, mens andre oppfattet dette som veletablerte systemer som fungerte uavhengig av deres innsats. Følgende sitater kan illustrere de to arbeidsformene:

«Jeg har holdt trykk og fokus på det lenge»

”Selv om jeg har det overordnede ansvaret både for pasientsikkerheten og faget på posten så er det teamlederne mine som blir utøverne og de bistår meg i dette arbeidet.”

Innenfor denne kategorien viser sitatene at seksjonens kultur ble ansett som vesentlig for å sikre kvalitet. Motiverte medarbeidere som engasjerte seg for faget og for fagets utvikling ble

oppfattet som en nødvendig forutsetning for å kunne gi tjenester av god kvalitet. Ulike utfordringer som holdninger til kvalitet og kompetanse, å skape et miljø for læring, de ansattes rettigheter og deres holdninger til arbeidet ble trukket frem. Sitatene viser også at informantene valgte ulike arbeidsformer i arbeidet med kultur; det ble arbeidet både med medarbeidere og med systemer, og arbeidsformen kunne være personlig og direkte eller mer distansert.

3.2.3 Manglende kontinuitet

Manglende kontinuitet ble opplevd som en utfordring i å sikre kvalitet, og det ble oppgitt flere årsaker til dette. Det kunne skyldes at det var for få ansatte til å utføre de arbeidsoppgavene som skulle gjøres, enten fordi man hadde ansatt for få, at det var stor turn-over i enheten, eller at det var fravær på grunn av sykdom, ferie, ansatte på kurs og lignende. Dette økte arbeidspresset på de resterende og ble dermed en risiko i forhold til kvaliteten på de arbeidsoppgavene som skulle gjøres i det aktuelle tidspunktet.

«for at vi skal kunne opprettholde den gode kompetansen og trykket i avdelingen og holde fokus på det å levere, så må vi ha nok folk på jobb»

Noen opplevde manglende kontinuitet på grunn av fravær som mer eller mindre konstant. Det ble dermed en utfordring i arbeidet med å jobbe og fokusere systematisk på kvalitetsarbeid, fordi det ble mindre tid til opplæring, dublering og supervisjon. Det ble også mindre tid til faglige diskusjoner, og de etablerte fora ble skadelidende fordi det verken var tid eller mennesker til å opprettholde møtepunktene.

«Det har vært en utfordring i det at du må dublere litt, man må jo ha en jobb for å lære. De som er over 60 år er jo veldig mye borte. Du må jo ha kvalitet hele tiden, ikke bare når de er her, så det å få bygget opp kompetansen hos yngre har vært en faglig utfordring.»

Noen informanter opplevde at de sto i et krysspress mellom pålagte arbeidsoppgaver, som i for stor grad trakk dem ut av egen avdeling, og det kvalitetsarbeidet de ønsket å fokusere på. Dette skyldes pålagte administrative oppgaver og oppgaver som ledere over dem i linjen ønsket at de skulle ha fokus på.

«Det som hindrer meg som leder i å ha ordentlig fokus på kvalitetsarbeid er den byråkratijobben man får som seksjonsleder. Møter og papirmøller tar bort fra lederne den

tiden de trenger for å være tilstede for å sette i gang egne prosjekter der man er. Jeg skulle ønske jeg hadde hatt enda mer tid til å være tilgjengelig.»

Informantenes arbeid for å løse disse utfordringene bestod i å arbeide med rekruttering, med turnusplanlegging og med å argumentere for behovet for økte ressurser. De anga at de la ned mye arbeid i både å få rekruttert nok folk, og også å få rekruttert de dyktigste. Der kompetansen på nye medarbeidere var lav hadde noen av informantene laget systemer for dublering av ansatte for å bli mindre sårbare ved fravær.

”Det som har vært en faglig utfordring har vært å få rekruttert unge nye og få lært opp dem, å få gjort det parallelt, for det er jo ikke rom for noen nye stillinger, men samtidig, hvis du, du må ha en viss overlapp. Og i det fagfeltet her så tar det lang tid å bli god.”

Å argumentere for økte ressurser, slik at det ble et bedre samsvar mellom arbeidsoppgaver og personell, ble vektlagt av noen informanter.

«Helgene er noe vi har slitt med i lengre tid, for vi er mye mindre besatt i helgene og vårt belegg er helt identisk, pasientene er like dårlig i helga. Det er noe vi har jobbet med parallelt, og vi har fått beskjed fra klinikkleidelsen at vi har fått penger nå til i 2013 til å bemanne opp, både på dagtid og på kvelden»

Planlegging og endring av turnusplaner var også viktig i dette arbeidet. Hovedsakelig var målet med dette å sikre nødvendig kompetanse på alle vakter. Noen informanter trakk frem betydningen av å ikke ha ansatte som kun jobbet om natten, for å unngå at disse var borte fra faglig fokus, oppdateringer og arbeidet med kvalitetssikring og kvalitetsheving.

”Jeg har tatt bort de rene nattevaktene mine fra turnusen slik at alle går i tredelt turnus. Hvis man bare jobber natt så er man er ikke i et så aktivt faglig miljø og det kan være en del rutiner som glipper. Det tar også lenger tid å tilegne seg rutiner og endringer egentlig. Det er vanskeligere for meg som leder å følge de opp også.”

Mangel på tid ble opplevd av flere, og det ble uttrykt bekymring for at man dermed ikke fikk diskutert faglige problemstillinger på den måten man mente var nødvendig. Flere informanter sa at det var vesentlig å arbeide for å sikre og etablere faste, faglig fora. Noen informanter sa at slike fora var etablert over lang tid i deres seksjon. Hos andre var dette noe de hadde etablert da de ble ansatt som ledere, fordi de anså det som et viktig tiltak for å sikre kvalitet i seksjonen.

«Vi må ha faglunsjer, og det har vi en gang i uken.»

Flere av informantene ga uttrykk for at tiden til faglige diskusjoner var så knapp at lunsjpausene var anledningen de kunne benytte til disse diskusjonene.

«..man må finne et forum til å gjøre det, i stor grad så er det faktisk lunsjpausene»

Sitatene viser at manglende kontinuitet ble opplevd som en utfordring i å sikre kvalitet. For få ansatte, fravær på grunn av sykdom, ferie, ansatte på kurs og lignende ble oppgitt som årsaker til denne utfordringen. Informantene sa at dette økte arbeidspresset på de resterende og derfor ble det oppfattet som en risiko i forhold til kvaliteten på arbeidsoppgavene som skulle utføres. Informantene arbeidet med rekruttering, med turnusplanlegging og med å argumentere for økte ressurser for å løse utfordringene innenfor denne kategorien.

3.3 Systemene

3.3.1 Organisatoriske rammevilkår

Under kategorien organisatoriske rammevilkår snakket informantene om utfordringer knyttet til organisering, utfordringer i sammenheng med å sikre riktig behandlingsnivå og samarbeid mellom behandlingsnivåene, utfordringer knyttet til ledernes ansvar og oppgaver, og utfordringer relatert til de pasientadministrative systemene.

Flere av seksjonene hadde opplevd endringer i organiseringen av virksomheten de siste årene. Noen hadde slått sammen ulike fagenheter, andre hadde slått sammen fagenheter med ulik lokalisasjon. Dette bød på flere utfordringer for kvaliteten på tjenestene. Drift på flere steder påvirket de ansattes tilknytning og engasjement. Det gjorde det vanskelig å drive et kontinuerlig arbeid med kvalitetsforbedring på stedet de ansatte ikke følte en naturlig tilknytning til. De ansatte tok dermed ikke like stor del i den kontinuerlige utviklingen av faget og rutinene i dette miljøet. Dette til tross for at de kunne være dyktige fagpersoner som i seg selv ikke var en risiko for pasientsikkerheten.

”En har en hovedarbeidsplass det er der en har sitt kontor, det er der en har jeg sitt engasjement, det er der en går inn i ting. På det andre stedet etablerer en seg ikke i det kollegiale miljøet, en går og gjør en jobb og så går en ut av det. Det er en utfordring å få et totalansvar for de to delene.”

De samme utfordringene oppstod der det var et stort vikarbehov for å løse bemanningssituasjonen. Vikarenes manglende tilknytning og engasjement kunne føre til mindre fokus på kvalitet og pasientsikkerhet i seksjonen. Det førte også til økt arbeidspress for de resterende ansatte.

«Vi har delt inn avdelingen i tre team, de har et møte midt på dagen hvor de går igjennom pasientene. Når folk ringer samme dagen og sier at de er borte, så er det sånne ting som faller ut. Da får vi ikke holdt fokuset oppe på kvalitet.»

Informantene så at vikarene ikke hadde de samme forutsetningene for å drive med kvalitetsarbeid i avdelingen, og at arbeidet med å utvikle rutiner for å bedre kvaliteten ikke kunne prioriteres.

«Når du får korttidsvikariater så må du primært basere deg på internt opprykk, og når du baserer deg på internt opprykk så får du unge, relativt uerfarne leger. Da blir det er del oppgaver de ikke kan løse, som man ikke forventer at de skal løse og da blir det større arbeidspress og belastning på de som er igjen av de erfarne legene, som da igjen får mindre tid til å drive utvikling.»

En sammenslåing av enheter hadde også ført til endring av kompetansebehov og dette ble sett på som en utfordring for kvaliteten. De ansatte, både nye og erfarne ble nødt til å lære seg nye prosedyrer og nye fagfelt. Det kunne være en utfordring å få erfarne, høykompetente medarbeidere til å innse manglende kompetanse i den nye situasjonen. Dette ble særlig tydelig i omstillingsprosessene, men ble en mindre utfordring for kvaliteten etter hvert.

”Det var lenge sånn at det ble oppfattet som at vi var et A og et B lag. Vi måtte jobbe veldig med å øve dem opp til å gå vakter her og hvor vi dekket dem, og vi måtte gå vakter der. Det har tatt oss to år for å bygge ned dette med et A og et B lag. Nå er vi ikke det lenger, men noen kommer derfra og noen herfra.”

Noen av informantene så det som en utfordring for kvaliteten at det ikke var enhetlig ledelse i avdelingen. De mente at manglende enhetlig ledelse medførte manglende helhetstenkning og ressursutnyttelse.

”Jeg tror veldig på at en integrert virksomhet gir bedre faglighet enn at sykepleierne har sin del og legene har sin del. Jeg har veldig tro på at hvis man er organisert i den samme ansvarlighet så bruker man ressursene bedre.”

Noen informanter anga at det var en vedvarende utfordring for kvaliteten at de ansatte skulle dekke flere fagfelt.

”Det er en travel og uforutsigbar sengepost, men jeg har tenkt at mye av uforutsigbarheten skyldes at vi er for dårlig organisert på sengeposten. Når du har 3 fagfelt så får du 3 leger du skal forholde deg til, og når de 3 legene skal ha hver sin pasient akkurat samtidig, så blir det litt stress og vanskelig å prioritere for sykepleierne.”

Vi fant at informantene kompenserte for de opplevde ulempene i organisering. En strategi som ble brukt var å avgrense og avklare arbeidsoppgaver og kompetanseområder, både innad i profesjonen, mellom profesjonene og mellom de ulike driftsstedene.

«Å endre dette med at man har tre fagfelt tror jeg kan gjøre at sykepleierne synes det er morsommere å bli og det kan hjelpe dem til å ha fagfokus rettet mot en retning. Alle kan ikke kunne alt om alt.”

For å løse utfordringene knyttet til drift på ulike steder ble følgende forslått:

”Hvis du samlet alt av en type virksomhet på et sted og alt av en annen type virksomhet på det andre stedet ville du på en måte få små staber på hvert enkelt sted, men da ville du kunne dedikere dem i mye, mye større grad til den type virksomhet og hver enkelt ville kanskje måtte ta noe mer ansvar for den virksomheten man er i.”

Den andre strategien var å tøyne grensene for de rammene og kravene de opplevde å ha.

”Jeg har tålt ganske mange kamper for å skaffe utstyr og rom og stillinger, jeg har vært utsatt hver dag, for de vil skjære ned staben og ikke gi oss utstyr. Så du må utrettelig kjempe for det du tror på, du må kjempe for folkene dine”

Noen av informantene anga også at de brukte melderutiner aktivt for å påpeke mangler ved organiseringen.

«Men så blir ikke dette meldt som saker som kan gi en alvorlig pasientskade, men meldes som forslag til kvalitetsforbedring., men det er jo egentlig ikke det for dette har da gjentatt seg gang på gang på gang, og det er jo en feil som er gjort.»

Vi fant også at informantene mente det var en utfordring for kvalitet og pasientsikkerhet å finne riktig behandlingsnivå for pasientene. Overføring og oppfølging av pasienter mellom behandlingsnivåene var også en utfordring. Det ble også arbeidet med å lage gode beskrivelser for pasientforløp.

«Det blir min oppgave å si at vi er ferdig med en pasient. Hvis jeg først sier det så må jeg også lage et pasientforløp som gjør at de andre kan følge det ved å gi de noen retningslinjer for hvordan det skal være. Jo mer kompleks en pasient er, jo flere legegrupper og behandlingsteam som skal inn i det, jo vanskeligere er det å få det til. Så det er en stor utfordring å få det til»

For å sikre kvaliteten og sikkerheten i oppfølging av pasientene hadde våre informanter ulike strategier. Ett moment var kompetanseoverføring og faste samarbeidsmøter med andre instanser. Dette var et ledd i å sikre god kompetanse lokalt der pasienten skulle følges opp videre.

«Vi har samarbeidsmøter der vi inviterer alle de andre sykehusene slik at vi kommer sammen for å lage en stor felles inkluderende kultur, og det er nødvendig for at jeg skal kunne flytte en del av våre ting ut for å kunne redusere presset på mitt.»

Når det gjaldt utfordringer som følge av organisatoriske rammevilkår, ble tilstrekkelig tid til å lede og følge opp arbeidet med kvalitet i egen enhet nevnt av noen informanter. Andre anså ikke dette som en utfordring, men som noe av det viktigste innenfor deres lederoppdrag. Ledernes ansvar og arbeid med kvalitetsarbeid ble altså oppfattet ulikt; noen oppfattet det som en integrert og selvfølgelig del av lederoppdragene, mens andre anså det som et ytre krav som kom som en ekstra arbeidsoppgave i en travel hverdag.

Kontinuumet fra ”hverdagen sluker meg” til en oppfatning om at lederrollen er å bidra til kvalitet, kan illustreres med følgende sitater:

«Nei som jeg sier det er så mye vi skal ha fokus på, så mye vi skal være gode på. Hverdagen sluker oss litt på en måte, for det er jo mye man skal ha fokus på.»

«Ledere må etter mitt skjønn på en helt annen måte finne ut hva som er essensielt, og la de ansatte forstå at du har funnet ut det og at du kjemper for det og melder det oppover like mye som det sendes meldinger ovenfra og ned.»

Informantenes valgte ulike tilnærmingsmåter i arbeidet med disse utfordringer. De som valgte en direkte og deltagende lederstil valgte i hovedsak en mer tilstedeværende arbeidsform med engasjement for de ulike utfordringene innenfor kategorien.

I kategorien organisatoriske rammevilkår kom det også frem utfordringer knyttet til kvaliteten på de pasientadministrative systemene. Dette gjaldt henvisningsrutiner, rutiner for kontrolltimer, epikriser og signeringsrutiner.

«Det er også et problem her dette med epikriser og kommunikasjon med andre sykehus, for vi står jo i en veldig utstrakt dialog med andre sykehus fordi vi starter opp behandlingen og mye skal fullføres eller delvis gjøres andre steder, og da er vi helt avhengig av at de vet hva vi har gjort og tenkt. Og så dikterer vi en epikrise som ikke kommer på en måned, og det er veldig ødeleggende, demotiverende og vanskelig å forholde seg til synes jeg.»

Forbedring av rutinene for epikriser, både kvaliteten på innholdet, signeringsrutiner og rutiner for utsendelse ble tematisert. Avgrensning og avklaring av hvem som skulle utføre disse rutinene var sentralt i dette arbeidet. Flere av informantene ga uttrykk for at datasystemene ikke var gode nok og at pasienter falt ut av systemet. Noen oppga at problemene her var knyttet til kompetanse og bemanning av skrivejeneste, mens andre sa at det var systemene som var en trussel mot pasientsikkerheten.

«Pasienter som har glippet ut av kontrollopplegg for eksempel, pasienter som har blitt borte i datasystemet og pasienter som vi ikke har time til. Kontrollopplegget har av en eller annen grunn blitt forsinket, så det har vært en stor utfordring»

Flere av informantene hadde kompensert for dette ved å lage egne, parallelle systemer. De hadde etablert nye systemer og rutiner som skulle sikre det de oppfattet som et utilstrekkelig pasientadministrativt system. Noen hadde etablert egne datasystemer for å kompensere for svakheten i det eksisterende systemet.

«Kvalitet handler jo også litt om hvordan vi organiserer oss, at vi klarer å tilby de tjenester vi skal. At vi ser de polikliniske pasientene vi bør se, at ikke pasientene blir glemt. Så vi har utviklet et eget dataverktøy hos oss hvor vi følger alle og hvor vi sikrer oss at alle kommer til de kontrollene de skal.»

Andre hadde etablert et system som var papirbasert, og det var også etablert egne fora for samarbeid og faste møter for å sikre det pasientadministrative systemet.

«Vi har jobbet sammen med sekretærene og det er sekretærtjenesten som har gjort mye av det. Vi har gått igjennom lister og kontrollert opp mot det som står i journalen, så nå har vi beholdt både papirlister og vi har det på data. I påvente av, eller til vi er sikre på at ting funker så har vi dobbelt.»

Sitatene viser at informantene oppfattet at forhold ved organisering og forhold i forbindelse med omorganisering er en utfordring for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet. Faktorer knyttet til pasientadministrative systemer, både systemene i seg selv, men også kompetansen hos de som skulle betjene systemene, ble ansett som en mulig trussel for kvalitet og pasientsikkerhet. Informantene valgte ulike roller også i arbeidet med disse utfordringer. De som valgte en direkte og deltagende lederstil hadde også her en tilstedeværende arbeidsform med engasjement for de ulike utfordringene som fremkom innenfor denne kategorien.

3.3.2 Ytre krav til kvalitet, økonomi og prioritering

Den siste kategorien vi fant var knyttet til forhold rundt ytre krav til kvalitet, økonomi og prioritering. Informantene ga uttrykk for at prioriteringsveilederne, fokuset på økonomi og produksjon, samt kvalitetsindikatorne hadde en påvirkning på kvaliteten på tjenestene.

Prioriteringsveilederne var førende for hvilke pasienter som skulle prioriteres, og det ble problematisert at dette kunne fortrenge pasienter som fagmiljøet mente hadde større behov for helsehjelp. Et eksempel på dette var at rettighetspasienter, med mindre alvorlig sykdom, kunne forsinke kontroller av mer alvorlig syke pasienter.

«Fristbruddene har for eksempel fungert sånn at vi er nødt til å se på disse, så det har vært et dilemma mellom nyhenviste kontra kronikere. Mange av de kronikere vi har i systemet er alvorlig syke, mens nyhenviste ikke nødvendigvis alltid er det, så det vet du på en måte ikke. Og så har du masse veiledere som forteller deg at sånn skal det være, og da forholder du deg til det forløpet, og så utsetter du kontrollene.»

Noen informanter ga uttrykk for at ledelsens fokus på økonomi og produksjonskrav gjorde at man måtte ta mindre hensyn til kvaliteten på de tjenestene man ga. Dette kunne medføre at de måtte gå på akkord med kvalitet og sikkerhet for å tilfredsstille ledelsens økonomiske krav.

«Jeg tenker at sikkerhetsutfordringen går på å ha avstemt riktig ressurser i forhold til de pasientene vi har til enhver tid. Det er noe jeg står i daglig, den diskusjonen der. Vi har svære negative avvik i forhold til økonomi og jeg tenker at hvis jeg skal kunne si noe om pasientsikkerhet så er det faktisk pasienter som trenger mer ressurser enn tidligere. Og per i dag har vi ikke det».

Kravene om produksjon ble av informanter tematisert i relasjon til at liggetiden stadig ble kortere. Det var en oppfatning at den korte liggetiden var en utfordring for kvalitet og pasientsikkerhet fordi alt skulle gjøres på kortere tid. Den korte tiden man nå hadde til rådighet stilte krav både til kompetanse, samarbeidsrutiner og pasientadministrative rutiner.

«Vi har såpass kort liggetid i snitt, så det går ganske fort. Utfordringen er å klare å opprettholde kvaliteten på behandlingen, altså utrette en behandling selv om det er en forventning om at man skal bli fort ferdig»

Det ble også påpekt at kvalitetsindikatorer kunne medføre at fokus ble satt på utvalgte områder slik at andre områder, som kanskje har større betydning for den aktuelle avdeling, ikke fikk nok oppmerksomhet. Det ble gitt eksempler på dette i forhold til indikatoren epikrisetid:

«Det har absolutt med pasientsikkerhet å gjøre at epikrisene kommer raskt ut. Men så ser jeg at det delvis går på bekostning av innholdet i epikrisene, og at noen av mine kollegaer synes det er viktigere å få dem ut så fort som mulig. Hvis man ikke leser innholdet og kontrollerer hva som står i epikrisene, men bare signerer dem ut for en kollega og ikke har lest dem, så er det virkelig en risiko for pasientene.»

Betydningen av en riktig håndtering av avviksmeldinger ble også tematisert. Informantene brukte avviksmeldingene for å kartlegge hvilke kvalitetsutfordringer og pasientsikkerhetsutfordringer seksjonen hadde. Avviksmeldingene ble sett på som et signal til ledelsen på høyere nivå, slik at de skulle bli oppmerksomme på utfordringene. I noen sammenhenger ble avviksmeldingene sendt i retur med beskjed om at de skulle lukkes på et lavere nivå. Dette førte til at informantene ble sittende igjen med en opplevelse av at ledelsen ikke tok kvalitetsutfordringene på alvor. Det ble altså et problem å få sendt signaler om hvor utfordringene innen kvalitet og sikkerhet lå.

”Problemet er hvem skal lukke sånne meldinger? Og det er nok noen av lederne opp som synes at vi skal lukke dem nede, så de kan bli kvitt støyen i systemet. Jeg mener jo at de meldingene er jo til for å belyse problemstillinger som er der, selv om det er ubehagelig.»

Våre informanter anga ulike måter å løse utfordringene knyttet til de ytre kvalitetskravene. De fleste sa at de la større vekt på de faglige vurderingene enn på de ytre kravene.

Kvalitetsindikatorene ble brukt til å tilpasse og justere kurs, men det ble klart uttrykt at indikatorene måtte ”oversettes” slik at de ble tilpasset den aktuelle avdelingen/seksjonen.

«vi må først gjøre jobben vår, så får liggetiden bli det den blir»

Flere av informantene savnet helhetstenkning og tydelige prioriteringer fra klinikkledelsen.

«Det viktigste som de bidrar med er en tydelig helhetstenkning, ikke at jeg nødvendigvis skal få 10 nye leger, for det får jeg ikke, men at de er tydelige i sin helhetstenkning og hva er faktisk forventningen til dere i det spillet. Og hvis de er tydelige på det, så må det også være rom for at vi kan følge opp den tydeliggjøringen»

Det ble gitt uttrykk for en opplevelse av at budsjett og økonomi fikk forrang for visjoner og mål for fremtiden.

”Men nå tror jeg mange opplever at økonomien får så stor plass at alt annet går på siden. Det er noe med hvor stor vei hvert felt skal få. Jeg tror kanskje at jeg kunne ønske at klinikksefen var enda tydeligere på målsettingene og veien videre. Jeg synes vi har mål og visjoner innenfor avdelingen og klinikken, men vi bruker det for lite aktivt.»

Noen informanter ga uttrykk for at de måtte kjempe for å opprettholde fokus på fag og kvalitet.

«Det er et overdrevent fokus på å holde budsjettet. Jeg skjønner at budsjettet er viktig, men for meg er det kanskje 20 % av lederoppdraget, men for mine ledere er budsjettet kanskje 80 % av lederoppdraget. Jeg synes det er en veldig svak innlevelse i forståelsen av hvordan faget forringes.»

Betydningen av å sette kvalitet foran ytre krav ble vektlagt, og informantene valgte ulike måter og strategier for å forsøke å få gjennomslag for sine synspunkter i denne sammenheng. Noen var opptatt av å argumentere for sin sak, de kom med ulike innspill, de forhandlet, de ba om økte ressurser og noen sier at de tøyde grensene de skulle arbeide innenfor.

I denne kategorien tematiserer informantene hvordan de ytre betingelsene sykehusene arbeider innenfor påvirker arbeidet for å sikre kvalitet. Dette var utfordringer knyttet til systemene, og i denne sammenheng var organisatoriske rammevilkår og ytre krav til økonomi, produksjon, kvalitet og prioritering forhold som informantene oppfattet at påvirket kvaliteten på tjenestene.

4 DISKUSJON

4.1 Hovedfunn

Vi fant at informantene gjennomgående benyttet begrepet kvalitet når de omtalte kvalitet- og pasientsikkerhetsutfordringer, og at de i liten grad differensierte mellom begrepene kvalitet og pasientsikkerhet. De ga uttrykk for at de to begrepene er relatert til hverandre, slik at god kvalitet gir god pasientsikkerhet.

Informantene i studien hadde ulik tilnærming til ledelse av kvalitet og pasientsikkerhet, og de valgte ulike arbeidsformer. Ledernes tilnærming til arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er derfor et eget tema. Informantenes tilnærming kan kategoriseres i to grupper; en direkte form der lederen selv er svært delaktig i arbeidet med de ansattes kompetanse, eller en mer indirekte arbeidsform der dette arbeidet er delegert til andre. Det er også ulikheter i hvor stor grad de vektla arbeidet med systemene (strukturer og rutiner) i forhold til arbeidet med menneskene.

Vi fant at utfordringene lederne opplevde med å fremme kvalitet og pasientsikkerhet kunne klassifiseres i fire kategorier: Den første utfordringen de opplevde dreide seg om medarbeidernes kompetanse, ettersom kvaliteten var avhengig av at hver enkelt medarbeider hadde riktig og nødvendig kompetanse og tilstrekkelig erfaring.

Det neste utfordringsområdet informantene anga var enhetens kultur. Å ha medarbeidere som var motiverte og som engasjerte seg for faget og fagets utvikling, sikre at seksjonen hadde en kultur og et miljø for læring, samt at det ble skapt en fellesskapsfølelse, ble oppfattet som nødvendig for å sikre kvalitet.

Den tredje kategorien knyttet informantene til en oppfatning av at manglende kontinuitet var en utfordring for å sikre kvalitet. Den manglende kontinuiteten skyldtes fravær av tid og mennesker, og for få ansatte til å utføre arbeidsoppgavene.

Den fjerde kategorien var knyttet til hvordan de ytre betingelsene sykehusene arbeidet innenfor påvirket arbeidet for å sikre kvalitet. Dette var utfordringer knyttet til systemene, og i denne sammenheng var organisatoriske rammevilkårene og de ytre kravene til økonomi, kvalitet og prioritering forhold som informantene oppfattet at påvirker kvaliteten på tjenestene.

4.2 Begrepene kvalitet og pasientsikkerhet

De fleste informantene benyttet gjennomgående begrepet kvalitet, og de brukte begrepet på et relativt abstrakt og overordnet nivå. Kvalitetsbegrepet ble ikke definert og informantene beskrev ikke i detalj hva de anså som trekk ved god kvalitet. Det var en ikke problematisert premiss at det forelå en felles forståelse og oppfatning av hva som ligger i begrepet kvalitet.

Kvalitetsbegrepet er både abstrakt og subjektivt, og konkrete definisjoner er vanskelig å finne. Myndighetene har også valgt en vid definisjon av begrepet kvalitet: ”Kvalitet består av elementer som endres over tid og som vektlegges og vurderes ulikt, avhengig av ståsted og egne oppfatninger” (Meld. St 10, 2012)(Norge Helse- og, 2012). Hva kvalitet innebærer for helsetjenesten, konkretiseres i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005). Helsetjenester oppfyller kravet til god kvalitet når tjenestene er «virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er likeverdige, samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt.» Informantene anvendte i liten grad terminologien som benyttes i myndighetenes dokumenter. De tok i stedet utgangspunkt i den virksomheten de selv ledet når de snakket om kvalitet. De fleste av dimensjonene av kvalitet, slik de konkretiseres i den nasjonale strategien, ble tematisert. Kvalitetsutfordringer og tiltak for å sikre virkningsfulle tjenester, trygg og sikker behandling og pleie, et samordnet tilbud som er preget av kontinuitet og god ressursutnyttelse ble tematisert.

Et interessant funn er at informantene åpenbart ikke skilte mellom begrepene kvalitet og pasientsikkerhet. De fleste anså begrepene som knyttet til hverandre og at god kvalitet gir pasientsikkerhet; slik at det ene følger som en konsekvens av det andre.

Aase understreker at de to begrepene ikke er synonyme begreper og at kvalitetsbegrepet favner videre enn pasientsikkerhetsbegrepet. Pasientsikkerhet er en viktig del av kvaliteten, men kvalitet innebefatter også områder som medisinsk effektivitet og pasienterfaringer (Aase, 2010). Pasientsikkerhet har fokus på og er definert som; ivaretagelse av pasienters sikkerhet slik at skader og uønskede hendelser unngås (Aase, 2010). I informantenes beskrivelse av utfordringer knyttet til pasientsikkerhet, ble det lagt vekt på administrative rutiner og logistikk, at prosedyrer og rutiner ble fulgt, at bemanningen var i samsvar med oppgavene som skulle løses, og at kommunikasjon og samhandlingen var et vesentlig pasientsikkerhetsaspekt. I beskrivelsene av opplevde kvalitets- og

pasientsikkerhetsutfordringer og hvordan de arbeidet med slike, var fokuset rettet mot å øke kvaliteten på tjenestene. Begrepene skader og uønskede hendelser, slik de brukes i definisjonen av pasientsikkerhet, ble i liten grad benyttet av informantene.

Nasjonal enhet for pasientsikkerhet definerer pasientsikkerhet som vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser. Det omfatter:

- tiltak som reduserer risiko for skade påført personer av helsetjenesten
- prosesser for å overvåke og analysere helsetjenestens resultater
- tiltak for å identifisere nye risikoområder

<http://www.kunnskapssenteret.no/nasjonalenhetforpasientsikkerhet>

I informantenes beskrivelser av kvalitet er det den første dimensjonen, tiltak som reduserer risiko for skade påført personer av helsetjenesten, som er tematisert. Informantene beskriver hvordan de på ulike måter arbeider for å sikre en drift som reduserer risikoen for skader, selv om de ikke benytter begrepene i definisjonen. De to andre aspektene i definisjonen; prosesser for å overvåke og analysere helsetjenestens resultater og tiltak for å identifisere risikoområder, omtales i svært liten grad. Det er altså bare deler av sikkerhetsaspektet som belyses av informantene i denne studien. Dette kan skyldes spørsmålene i intervjuet, og at vi ikke konkret etterspurte dimensjonen i definisjonen av pasientsikkerhet. Det kan også være et uttrykk for at informantene i vår studie var mer opptatt av det første punktet enn av de to neste. Det kan også skyldes at det første punktet oppfattes som det vesentligste å sikre, og at dette må være på plass før de to neste punktene kan prioriteres. Igangsetting av prosesser for å overvåke og analysere helsetjenestens resultater og tiltak for å identifisere risikoområder krever også ressurser ledere ikke nødvendigvis opplever at de har tilgang på.

Hjort påpekte i 2007 at kravet om faglig kvalitet tradisjonelt har stått sterkere enn kravet om sikkerhet i helsetjenesten (Hjort, 2007). Informantenes begrepsbruk kan tyde på det samme, det er begrepet kvalitet som dominerer i intervjuene. Braut og Holmboe påpeker at helsearbeidere tradisjonelt føler et eierskap til spørsmål om sikkerhet i utøvelse av helsetjenesten, men at sikkerhetsspørsmål ikke har vært den dominerende delen av det faglige utviklingsarbeidet (Aase, 2010). Sikkerhetsspørsmål har blitt tatt mer for gitt, og det har ikke preget kulturen i helsevesenet på samme måte som det for eksempel preger organisasjoner som luftfarten og oljeindustrien .

Medisinsk klinisk virksomhet er i stadig utvikling, det skjer en medisinsk teknisk utvikling og en forskningsbasert utvikling. I denne utviklingen ligger det en iboende usikkerhet og klinikere vet ikke om behandlingen er virkningsfull eller sikker før den er utprøvd. Kulturen i medisinsk klinisk virksomhet er dermed preget av usikkerhet og utvikling, og dette kan kanskje være en medvirkende årsak til denne kulturforskjellen.

Innføringen av sikkerhetsbegrepet i helsetjenesten er en internasjonal trend, og begrepsbruken er hentet fra en annen type virksomhet. Overføring av begreper fra andre virksomheter er ikke nødvendigvis riktig. Det er mulig at disse begrepene og definisjonene, som er innført fra myndighetshold, er begreper klinikere ikke kjenner seg igjen i og relaterer sin virksomhet til.

Tradisjonelt har helsepersonell vært opplært til å tenke på kvalitet i forhold til enkeltpasienter og pasientgrupper, og at kvalitet handler om å kunne gi best mulig behandling og pleie til hver enkelt pasient (Nordby and Botten, 2007). Dette påvirker deres begrepsvalg og valg av fokus. For helsebyråkrater vil oppmerksomheten i større grad være rettet mot et mer overordnet nivå der utvikling av kvalitetssystemer, standarder, veiledere og retningslinjer er sentralt. Den systematiske sikkerhetstenkningen føyer seg lettere inn i denne overordnede tenkningen og terminologien enn i den mer individualiserte praksis som kjennetegner helsetjenesten.

Er det da slik at klinikere ikke er like opptatt av sikkerhet som av kvalitet slik Hjort har påpekt? Er det slik at det man ikke har fokus på snakker man heller ikke om? Eller er det slik at den systematiske delen av sikkerhetsarbeidet, med fokus på overvåkning og analyse og identifikasjon av nye risikoområder, ikke har vært ansett som en del av arbeidet med å sikre kvalitet. Forskning og utviklingsarbeider i helsevesenet har i første rekke hatt som mål å utvikle og forbedre behandlingstilbudet til pasientene. Utviklingen har i mye mindre grad vært rettet mot å sikre oss mot uheldige hendelser og skader. At det alltid er en risiko forbundet med det å være syk og å skulle få behandling vil prege helsepersonellets for forståelse når de vurderer hva det er vesentlig å ha fokus på. Med dette utgangspunktet kan derfor begrepsbruken virke fremmedgjørende og oppfattes som mindre relevant for helsepersonell.

Bestillingen og forventningene fra myndighetene fremkommer tydelig i Stortingsmelding 10 (2012)(Norge Helse- og, 2012). Der pekes det på en tradisjon for en individorientert kultur der den enkelte helse- og omsorgsarbeider har hatt stor grad av faglig autonomi, og at dette i

særlig grad gjelder legene. Dagens situasjon, med utvikling av ny teknologi, økt kompleksitet, spesialisering og krav til sikkerhet, er med på å utfordre autonomien. Det blir derfor et større behov for teamarbeid og standardisering fordi behandlingen av en enkelt pasient ofte vil kreve samarbeid mellom et stort antall fagpersoner. I tillegg skjer kunnskapsutviklingen så raskt at det er umulig for en enkelte fagperson å ha full oversikt over ny kunnskap, og denne kompleksiteten nødvendiggjør innarbeidede rutiner og sjekklister for å sikre oversikt og hindre forglemmelser (Meld. St 10, 2012)(Norge Helse- og, 2012).

Det er grunn til å diskutere hvordan myndigheter og helsebyråkrater kan kommunisere dette budskapet på en måte som gjør at det oppleves som nødvendig og relevant for målgruppen. Vi fant at den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen ikke var kjent for alle informantene i studien. Begrepet pasientsikkerhet ble benyttet i mye mindre grad enn begrepet kvalitet, og ord som standardisering, sjekklister, skader og uheldige hendelser ble i liten grad brukt av informantene. Siden dette er begreper som preger kommunikasjonen fra politikere, departementet og direktoratet kan man stille spørsmål om begrepsvalgene er riktig. Dersom myndighetene ønsker å implementere viktige mål og strategier, og om nasjonale kampanjer skal få gjennomslag, må målgruppen kjenne seg igjen i både problemstillinger og språkbruk. Myndighetene bør derfor velge begreper som er relevante for den kliniske hverdag.

Det er også grunn til å påpeke at dersom helsetjenesten ønsker å påvirke hva som innholdsmessig skal ligge i begrepene kvalitet og pasientsikkerhet må de være tydelige på hva de legger i begrepene. Hvis de ansatte i helsetjenesten selv har vært med på å definere hva som er kvalitet og hva som er pasientsikkerhet vil de i mindre grad se på pålegg fra myndighetene som «enda en byråkratisk forordning». Det vil da være lettere å arbeide for bedre kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten.

4.3 Ledelse

I vår undersøkelse fant vi at informantenes syn på kvalitetsutfordringer og måten de arbeidet med disse var knyttet til hvilken tilnærming til ledelse de benyttet. Informantene hadde ulike tilnærming og valgte dermed ulike arbeidsformer. Informantenes tilnærming kan kategoriseres i to grupper; en direkte form der lederen selv er svært delaktig i arbeidet med de ansattes kompetanse, eller en mer indirekte arbeidsform der dette arbeidet er delegert til

andre. Det er ulikheter i hvor stor grad de vektla arbeidet med systemer (strukturer og rutiner) i forhold til arbeidet med mennesker. De av informantene som hadde en delaktig ledelsestilnærming hadde fokus på menneskene, mens de som hadde en mer delegerende ledelsestilnærming hadde størst fokus på systemene. Hvordan de ga uttrykk for sitt lederoppdrag var i høy grad med på å forme hvordan de så på utfordringene og hvordan de søkte å løse disse. Hvilke utfordringer de så, var derimot ikke så farget av synet på lederoppdrag og ledelsestilnærming.

Noen så det som et hovedpoeng å sørge for at enheten hold et høyt faglig nivå med høy kvalitet i alle ledd. Andre så arbeidet med kvalitet mer som en oppgave i rekken av alle oppgavene de skulle løse. Synet på kvalitet var knyttet til den tilnærming til ledelse disse ga uttrykk for å ha. De som oppfattet kvalitetsarbeidet som en del av lederoppdraget hadde oftere en direkte, tilstedeværende tilnærming. De som hadde en mer indirekte, delegerende tilnærming så oftere på kvalitetsarbeid som «nok en oppgave» Selv om utfordringene var de samme forholdt de seg ulikt til dem. Oppfatningen av utfordringene var avgjørende for hvordan de arbeidet med å løse dem. Informanter som hadde en direkte, deltagende tilnærming var gjennomgående mer opptatt av utfordringer knyttet til de menneskelige faktorene.

Vi har kun informantenes opplysninger om hvordan de arbeidet med kvalitetsutfordringer og vi har ikke objektive data på kvalitet, avvik eller omfang av uønskede hendelser i enheten de leder. Det kan være at ledelsestilnærming korrelerer mer med hvordan man uttrykker seg enn med hva man faktisk gjør. Vi har heller ikke spesifikt spurt etter tilnærming til ledelse, og vi har ingen komparentopplysninger som kan understøtte vårt inntrykk av denne.

Innen ledelsesforskning er det vanlig å hevde at ledelse er grunnleggende forskjellig fra administrasjon (Jacobsen and Thorsvik, 2007). Administrasjon er å fokusere på produksjon, å løse problemer og å gjøre det på en effektiv måte. Administrasjon omfatter adferd for å veilede, støtte og gi tilbakemelding på de daglige aktivitetene som utgjør produksjonen i en organisasjon. Ledelse, på den annen side, er å skape visjoner for organisasjonen eller enheten, fylle virksomheten med mening og lage generelle retningslinjer for hvordan organisasjonen eller enheten skal utvikle seg (Jacobsen and Thorsvik, 2007). Følgende figur viser forskjellene mellom administrasjon og ledelse.

Administrasjon legger vekt på:	Ledelse legger vekt på:
Planlegging	Visjon/misjon
Fordeling av ansvar	Kommunisere visjon
Kontroll/problemløsning	Motivasjon/inspirasjon
Skape balanse	Innovasjon/endring
Maktkonsentrasjon	Maktspredning
Skape lydighet	Skape engasjement
Kontrakt	Ekstra ytelse
Rasjonalitet	Intuisjon
Avstand til andre	Empati/innlevelse
«Administratoren gjør ting riktig»	«Lederen gjør de riktige tingene»

Ut i fra disse teoriene kan vi si at noen av våre informanter har større vekt på administrasjon, mens andre legger større vekt på ledelse. Det kan også se ut til at de som legger mer vekt på ledelse har større fokus på kvalitet, mens «administratorene» velger en mer distansert rolle og støtter seg mer til systemene i arbeidet med kvalitet.

Innenfor teorier om lederstil er det flere måter å klassifisere ledelse på. En måte er å se på relasjonen mellom leder og underordnet uavhengig av hva som kjennetegner situasjonen, og fokus er rettet mot hvilken effekt lederstilen har på den underordnede. Gjennom empirisk forskning er to grunnleggende forskjellige lederstiler identifisert; en relasjonsorientert og en oppgaveorientert ledelse (Jacobsen and Thorsvik, 2007). En relasjonsorientert ledelse innebærer å utvikle gode relasjoner til sine underordnede, og ved å involvere medarbeiderne i beslutninger knyttet til arbeidet. En oppgaveorientert ledelse innebærer å være interessert i produksjon, effektivitet, og det å strukturere sin egen og underordnedes rolle mot realisering av formelle mål (Jacobsen and Thorsvik, 2007). Kanskje kan det være riktigere å klassifisere de av våre informanter som vi har kalt administratorer som oppgaveorientert, mens informantene vi kalte «ledere» er mer relasjonsorienterte.

Lars Borgen, lege ved Vestre Viken, tematiserer dette i en artikkel i Dagens Medisin i 2013. Han hevder at sykehusansatte trenger å ledes gjennom direkte relasjoner av ledere som ser de ansatte, som skryter av dem og begeistrer de ansatte slik at de øker innsatsen. I dag administreres det mye, men det ledes lite sier Borgen. Dette medfører manglende relasjoner

mellom ledere og ansatte, og de ansatte opplever seg som avpersonifiserte brikker i et større prosjekt. <http://www.dagensmedisin.no/debatt/menneskene-i-helsevesenet/>

I ledernes arbeid med kvalitet vil det være nødvendig med både ledelse og administrasjon. Betydningen av å ha en relasjon til og å kjenne til den enkelte ansattes kompetanse vil være vesentlig, samtidig som arbeidet med systemer og strukturer er helt nødvendig i dagens helsevesen.

Forskning viser at kliniske mikrosystemer som leverer helsetjenester av høy kvalitet har en klar forståelse av hva man ønsker å oppnå. Det satses på forbedringsarbeid, det er en åpen kultur for rapportering av feil og avvik, medarbeidere får opplæring og trening som gjør dem i stand til å gjøre en god jobb, de er dyktige på samhandling for å imøtekomme pasientenes behov, de har gode informasjonssystemer, registrering av behandlingsresultater skjer fortløpende, de har god støtte fra sykehuset og god samhandling med helsevesenet/helsepersonell i opptaksområdet. (Barach and Johnson, 2006, Batalden et al., 2007)

De av informantene som hadde en direkte og deltagende ledelsestilnærming ga uttrykk for mange av de kjennetegn som det refereres til i forskningen om mikrosystemer som leverer gode helsetjenester. De gir uttrykk for at de leder mer enn de administrerer og de oppfatter arbeidet med kvalitet som en integrert del av lederoppdraget. Vi oppfatter at de også har implementert mange av tiltakene som «Veilederen for ledelse av pasientsikkerhet» angir som vesentlige

http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/Ledere/Materiell/_attachment/485?_ts=132c8afafb

Med utgangspunkt i både teori og studiens funn anser vi at det er viktig at ledere er personlig involvert i enhetens arbeid med kvalitet, at de har formulert mål og strategi for hvordan arbeidet skal gjøre og at de har evne til å motivere og engasjere sine ansatte i dette arbeidet.

Dersom kvalitetsarbeid anses som en pålagt oppgave, og en indirekte, delegerende ledelsestilnærming velges, vil lederen kunne gi de ansatte et inntrykk av at andre områder er viktigere og bør få høyere prioritet. Ledere som ikke har et eierforhold til, eller tro på betydningen av å vektlegge arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, vil sannsynligvis heller

ikke makte å engasjere sine medarbeidere på dette området. Dette vil gjelde ledere på alle nivåer i sykehuset.

4.4 Kompetanse

Å sikre rett kompetanse på individnivå ble ansett som en hovedutfordring for å oppnå god kvalitet og pasientsikkerhet. Informantene ga uttrykk for at kvaliteten på tjenestene avhenger av at hver enkelt medarbeider har riktig og nødvendig kompetanse og tilstrekkelig erfaring. Dette er i tråd med det som påpekes i Stortingsmelding 10 der det sies at kvalitetsarbeidet innenfor helsetjenesten tradisjonelt har handlet om faglig standard og kompetanse hos tjenesteutøverne (Meld. St 10, 2012)(Norge Helse- og, 2012).

Det var en gjennomgående oppfatning at kompetente og erfarne mennesker vil gi tjenester av god kvalitet. Dette preger også de tiltakene som informantene hadde iverksatt i forhold til utfordringene. Det var en klar vektlegging av å styrke den enkeltes kompetanse ved å bygge opp systemer eller sikkerhetsnett rundt de ansatte for å sikre kvalitet. Det var innført gode opplæringssystemer for nyansatte og sertifiseringsrutiner for medisinsk teknisk utstyr, og ansatte med gode ferdigheter innen ett område ble brukt som opplæringsansvarlig for andre ansatte. Det var etablert faste fora der faglige problemstillinger ble diskutert og der målsettingen var at det skulle skje en læring og utvikling. Eksempler på slike fora var morgenmøter, faste fagdager i turnus, felles fora for fagdiskusjoner og lignende. De etablerte tiltakene hadde til hensikt å sikre at de ansatte hadde den nødvendige kompetanse på det nivået som forventes og ansees som nødvendig i seksjonen. Mange av informantene ga uttrykk for at det var en standard for kompetanse i enheten og den burde alle ansatte ha. Flere arbeidet med en felles forståelse av kompetansekravene i enheten.

Hovedvekten av informantenes tiltak for å sikre kvalitet er lagt på individet og på systemer og strukturer som skal bygge opp og støtte en utvikling av den enkeltes kompetanse.

Informantene var opptatt av kvalitet og sikkerhet, men det ble fokusert mest på enkeltmenneskets betydning og i mindre grad på systemers betydning for å sikre kvalitet. Det var mindre fokus på betydningen av standardisering, prosedyrer og sjekklister. I denne sammenheng finner vi en forskjell mellom legeledere og sykepleieledere. Legelederne nevner i svært liten grad prosedyrer som nødvendige for å sikre kvalitet og de påpeker at

sykepleierne nok er mer opptatt av dette. Flere av sykepleielederne understreker at arbeidet med å utvikle og å følge prosedyrer er nødvendig for å sikre kvalitet.

Hensikten med opplæringssystemene og de uttrykte kompetansekravene var i første rekke å bidra til økt kompetanse hos de ansatte. Systemenes og kravenes betydning for å forhindre uønskede hendelser ble i liten grad tematisert. Det er grunn til å diskutere informantenes vektlegging av den enkeltes kompetanse og ferdigheter som avgjørende for om noe var av god kvalitet og dermed sikkert. Dette kan ha sammenheng med informantenes forståelse av begrepene kvalitet og sikkerhet. Informantene anså kvalitet som en forutsetning for sikkerhet, men ikke sikkerhet som fravær av uønskede hendelser. Det kan synes som det ligger en forståelse og et utgangspunkt om at kompetente medarbeidere ikke vil gjøre feil, og at dersom det blir gjort feil så skyldes det manglende kompetanse. Dette står i kontrast til Aases uttalelse om at det ofte er en rekke andre faktorer enn den enkelte helsearbeiders dyktighet som avgjør om den enkelte pasient blir utsatt for uønskede hendelser eller unødige skader (Aase, 2010). Det samme påpekes i "Gjørkommisjonens" rapport der det sies at feil begås av enkeltmennesker der hvor systemene ikke er gode nok (NOU 2012:14) (Norge and Gjorv, 2012). Det kan synes som det er en divergens mellom informantens oppfatning av hva som anses som betydningsfullt for å sikre kvalitet, og myndighetenes oppfatning av hva som er nødvendig. Informantenes vektlegging av enkeltmenneskenes kompetanse for å øke sikkerheten harmoniserer ikke med myndighetenes systemtenkning.

Stortingsmelding 10 (Meld. St. 10, 2012)(Norge Helse- og, 2012) understreker at dagens spesialiserte helse- og omsorgstjeneste har et stort behov for standardisering, og at myndighetene vil stimulere til standardisering gjennom nasjonale retningslinjer og veiledere. Myndighetene har ved kampanjer som "I trygge hender", Helsedirektoratets retningslinjer, samt Helsetilsynets rapporter lagt stor vekt på betydningen av skriftlige prosedyrer og retningslinjer. Det understrekes også at det skal finnes systemer og sikkerhetsrutiner som skal være godt kjent og brukes av alle ansatte. Innenfor pasientsikkerhetstenkningen anses rutiner, prosedyrer, standarder og sjekklister som tiltak som vil kunne forhindre feil og unødige skader. Informantenes betoner betydningen av økt standardisering i svært liten grad, mens betydningen av den enkeltes kompetanse og erfaring vektlegges i stor grad.

Kliniske mikrosystemer som leverer helsetjenester av høy kvalitet har fokus på utvikling av den enkelte medarbeiders kompetanse gjennom opplæring og trening, men også på systematisk forbedringsarbeid og fortløpende registrering av behandlingsresultater (Batalden

et al., 2007). For å sikre kvalitet har arbeidet med sikkerhet en sentral plass i tenkningen rundt mikrosystemene. Med et utgangspunkt om at det er menneskelig å gjøre feil, og at det å gjøre feil ikke er synonymt med uaktsomhet, anses det som viktig å arbeide for å forbedre systemene i stedet for å forklare feil og uønskede hendelser med menneskelig svikt. Utvikling av systemer som identifiserer, forebygger, absorberer og reduserer feil vil bidra til økt kvalitet på tjenestene sier Mohr (Mohr et al., 2004).

I ”Veilederen for ledelse av pasientsikkerhet” foreslås det at ledere må prioritere pasientsikkerhet og kvalitet gjennom å sette dette på dagsordenen, ved å ha kunnskap om best klinisk praksis samt å stimulere til at forbedringstiltak integreres i organisasjonens daglige arbeid. Ledere har ansvar for at rutiner og systemer er på plass, og for å sette pasientsikkerhet på dagsordenen.

http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/Ledere/Materiell/_attachment/485?ts=132c8afafbf

Våre funn understøtter påstandene om at helsetjenesten fortsatt har et individorientert fokus, mens myndighetene har et systemfokus. Med utgangspunkt i troen på den enkelte helsearbeiders kompetanse som mest betydningsfulle for å sikre kvalitet, kan konsekvensen bli at man fortsetter å forklare feil og uønskede hendelser med menneskelig svikt. Systemtenkningens fremmedhet og de kliniske lederes opplevelse av at de verken har tid, ressurser eller kompetanse til å utvikle systemer, vil understøtte og opprettholde denne tenkning og praksis. Diskrepansen mellom myndigheter og klinikere gjør kommunikasjon når det gjelder kvalitets- og sikkerhetsarbeid utfordrende. Både god kommunikasjon, samt ressurser til økt arbeid med systemer som sikrer kvalitet, vil være viktig for å få til bedringer innen dette feltet.

Hva kan gjøres for å få en bedre kommunikasjon mellom myndigheter og klinikere? Det vil være et behov for at helsemyndighetene klargjør hva de mener at helsetjenestens kvalitet og sikkerhet skal bestå i, og at det benyttes ord og begreper som klinikere kan kjenne seg igjen i. Det vil si å bruke begreper som det kan være enighet om at gjenspeiler den kvalitet og pasientsikkerhet vi ønsker å ha i den norske helsetjenesten. Ledere som er på nivået mellom helsemyndigheter og de kliniske lederne, sykehusdirektører og klinikkledere, har en oppgave i å formulere pasientsikkerhetsfeltets systemorientering slik at det oppleves relevant for medarbeidere i helsetjenestens mer individorienterte univers.

4.5 Kultur

Når begrepet organisasjonskultur skal diskuteres benyttes ofte Schein's definisjon:

”Organisasjonskultur er et mønster av grunnleggende antagelser utviklet av en gitt gruppe som etter hvert lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon - som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle på i forhold til disse problemene” (Schein, 1994)

Schein vektlegger i sin definisjon organisasjonskultur som gruppers måte å løse problemer på og hvordan dette læres videre til nye medlemmer av gruppen. I ”Nasjonal helse- og omsorgsplan” (2011–2015)(Norge Helse- og, 2011) understrekes det at kontinuerlig læring er en forutsetning for kvalitetsforbedring. Læringskulturen innbefatter rutiner, vaner, holdninger samt den praksis som etterspørres og belønnes. Læringskulturen i en enhet vil være avgjørende for om det tilrettelegges for og prioriteres læring både for individer og for organisasjonen.

Informantene er opptatt av seksjonens kultur som en vesentlig faktor for sikre kvalitet. Det ble vektlagt at medarbeidere som er motiverte og engasjerte i en faglig utvikling var nødvendig for å sikre kvaliteten på tjenestene. En kultur der de ansatte ikke var interessert i faget eller i å opprettholde og videreutvikle egen kompetanse, ble oppfattet som en utfordring for å sikre kvalitet. Betydningen av å utvikle og opprettholde et faglig stimulerende miljø, der de ansatte opplevde klare forventninger til deres kompetanse og at de ble stimulert til å videreutvikle denne, ble vektlagt.

Noen informanter trakk frem nødvendigheten av å skape en kultur der det er naturlig at feil blir diskutert slik at det førte til læring. Flere har fokus på bruk av meldesystemet som en mulighet til å forbedre systemer og organisatoriske forhold for å sikre kvalitet, og at det har skjedd en endring i meldekultur. Informantene sa at de som ledere var opptatt av å oppmuntre de ansatte til å bruke meldesystemet, det var en oppfatning at det var viktig at feil ble meldt, og at fokuset var på problemer og saker, og ikke på personer. Flere omtalte også hvordan bruk av meldinger og håndteringen av avvik i etterkant av meldingen hadde medført endret praksis og bedre kvalitet. Stortingsmelding 10 henviser til tilsynsvirksomheten som påpeker at helsevesenet i for liten grad er lærende organisasjoner som bruker erfaringer og registrering

av uønskede hendelser i sitt kvalitetsforbedrende arbeid (Meld. St. 10, 2012)(Norge Helse- og, 2012). ”Gjørsvikkommisjonens” rapport fremhever derimot helsevesenet som en virksomhet med en god kultur for læring av feil (NOU 2012:14) (Norge and Gjørsvik, 2012). Utvikling av en kultur der ledelsen og de ansatte samhandler om å lære vil være avgjørende for kvalitetsforbedring sies det i Stortingsmelding 10, og kulturen skal inkludere rutiner, vaner, holdninger, og hvilken praksis som etterspørres og belønnes (Meld. St. 10, 2012)(Norge Helse- og, 2012). Informantenes uttalelser viser variasjon innenfor dette området; noen gir uttrykk for at feil og uønskede hendelser diskuteres åpent, og at det gis tilbakemelding både i felles fora og i ”enerom”. Åpenhet for å gi konstruktive tilbakemeldinger, kombinert med at de ansatte opplever å få anerkjennelse og respekt for det arbeidet som utføres ble fremhevet som vesentlig. Mohr (Mohr et al., 2004) understreker betydningen av at individer skal kunne stille spørsmål for å lære, og at de skal kunne fortelle om uønskede hendelser uten å være redd for at det får uheldige følger for dem. At det legges opp til systematisk læring i etterkant av uheldige hendelser for å forebygge at lignende hendelser skjer igjen understrekes i litteratur og offisielle dokumenter (Mohr et al., 2004, Aase, 2010, Norge Helse- og, 2012). Betydningen av dette og systematisk arbeid i forhold til det fremkommer i varierende grad i vårt materiale.

Flere av informantene har en oppfatning om at de ansattes rettigheter og holdninger kan være medvirkende til om kvaliteten blir god nok. Det problematiseres at norske arbeidstakers rettigheter, både når det gjelder ferie og fravær, reduserer mulighetene for kontinuitet og at det dermed påvirker ledernes mulighet til å sikre kvalitet. Informantene har ulik oppfatning av og forventinger til sine medarbeidere i forhold til dette. Noen har en oppfatning om at ”livet er jobben” og de har et ønske og en forventning om at de ansatte burde strekke seg lenger og være mer på jobb. Andre har valgt en mer pragmatisk tilnærming der de ser at ”livet er mer enn jobb”, og at ambisjonsnivået må legges på et nivå det er mulig å oppnå innenfor dagens rammer. Dette funnet kan ses i sammenheng med den variasjon som ble uttrykt i forhold til visjoner og mål for de ulike seksjonene. Noen av informantene har høye ambisjoner og ønsker at seksjonen skal holde et internasjonalt nivå, mens andre gir uttrykk for at ambisjonen er knyttet til en gjennomføring av daglige drift med ansatte som innehar den nødvendige kompetanse for at de skal kunne gjøre de oppgaver som forventes gjort av seksjonen.

Lederes mulighet til å påvirke kulturen beskrives av Schein, og påvirkningsmekanismer som oppmerksomhet, å være en rollemodell samt å gi belønning trekkes frem (Schein, 1994). En

leder påvirker kulturen gjennom sin kommunikasjon om prioriteringer og vektlegging av verdier. Klart uttrykte forventninger og krav til arbeidsinnsats og ambisjonsnivå, og hvordan dette kommuniseres gjennom egen handling vil være med på å påvirke kulturen i enheten. Ledere som selv legger ned stor arbeidsinnsats, og som går utover det som stillingen krever, vil være en rollemodell for de ansatte og kunne bidra til at de ansatte også ønsker å strekke seg lenger enn det som kreves.

At visjoner og ambisjoner blir kommunisert, og fulgt opp av lederen vil være med på å bidra til en kultur som preges av et ønske om utvikling. Hvis man skal lykkes med å opprette en god læringskultur må det arbeides systematisk og kontinuerlig med verdier, mål og visjon hevder Jacobsen og Thorsvik (Jacobsen and Thorsvik, 2007).

Informantene uttrykte varierende engasjement i arbeidet med kultur. Noen informanter sa at de arbeidet aktivt med å ha fokus på de kulturelle faktorene de oppfattet som viktige for å bidra til økt kvalitet, andre ga ikke uttrykk for det samme engasjementet i relasjon til denne kategorien. Lederens oppmerksomhet vil være en metode å påvirke organisasjonens kultur på, hevder Schein (Schein, 1994). Gjennom prioritering av og interesse for den faglige utviklingen og de ansattes kompetanseutvikling vil de kunne bidra til å forme en kultur som er med på å sikre kvalitet. Ved å etterspørre, kommentere og følge opp de ansatte vil de signalisere at motiverte og dyktige medarbeidere er det som etterspørres i enheten.

Stimulering av ansattes kompetanseopplevelse er et av de sterkeste virkemidler man kan bruke for å få til en økt innsats, sier Jacobsen og Thorsvik (Jacobsen and Thorsvik, 2007). Det vil ha motsatt effekt dersom dette ikke gis oppmerksomhet eller etterspørres, og de ansatte vil da kunne oppfatte at faglig kompetanse og utvikling ikke er så vesentlig. Leders mulighet til å velge ut ansatte i rekrutteringsprosesser, samt å være tydelig på hvilke krav og forventninger som stilles til ansatte i enheten, vil også være med på å påvirke kulturen i den retning lederen ønsker seg. Å skape en kvalitetskultur med ansatte som er opptatt av å inneha og å videreutvikle sin kompetanse for å kunne yte det som er forventet, og å skape rom for de som har ambisjoner, oppfattes som vesentlig av informantene i vår studie.

Betydningen av å skape en fellesskapsfølelse i seksjonen, der de ansatte involveres, får anerkjennelse og føler seg verdsatt, angis også som viktig for å skape en kvalitetskultur. Fellesskap er et nøkkelbegrep når man snakker om kultur, skriver Jacobsen og Thorsvik (Jacobsen and Thorsvik, 2007). De knytter kultur til det sosiale fellesskapet som oppstår fordi

mennesker har behov for sosial tilhørighet, aksept, stabilitet og mening i tilværelsen. At ansatte opplever seg som betydningsfulle og at deres innsats har betydning, vil kunne bidra til opplevelse av aksept og følelse av tilhørighet. Oppmerksomhet og ros i forbindelse med ulike bidrag og oppnådde resultater er et signal om hva som er viktig for enheten og organisasjonen, og mangel på denne type tilbakemeldinger gir motsatte signaler. Gjennom denne type belønning kan ledere påvirke kulturen, hevder Schein (Schein, 1994).

Ledere må derfor være oppmerksomme på at de ivaretar relasjonelle faktorer slik at de ansatte føler seg verdsatt og sett. Kulturen representerer en normativ standard for hva som er bra, og hvis man som leder bidrar til å etablere en kultur som fremmer pasientsikkerhet og kvalitet vil det ligge en symbolsk anerkjennelse i dette arbeidet. Opplevelsen av å få ros og anerkjennelse vil bidra til tilhørighet og at de ansatte oppfatter at deres innsats har betydning. Det gir en opplevelse av mening i arbeidet, og dette er med på å motivere til å gi helsetjenester av god kvalitet. Fokus på relasjonen til de ansatte anser vi derfor som en viktig del av lederes arbeid med å skape en kvalitetskultur fordi det vil kunne virke både motiverende og mobiliserende på de ansatte.

4.6 Manglende kontinuitet

Den tredje kategorien knyttes til oppfatningen av manglende kontinuitet. Den manglende kontinuiteten skyldes enten fravær av tid eller fravær av mennesker. Det blir da for få ansatte til å utføre arbeidsoppgavene, og dette blir en utfordring for å sikre kvalitet i enheten. Den manglende kontinuiteten kan være forårsaket av for få ansatte, men særlig ledere av enheter med høy turn- over av ansatte nevnte dårlig kontinuitet som en utfordring. Fravær kunne også skyldes deltidsarbeid som følge av deltidsansatte, kombinerte stillinger, forskningsstillinger og lignende. Dette medførte fravær av ansatte og var en utfordring for det kontinuerlige arbeidet med å sikre god kvalitet. Flere av informantene oppga fravær av ansatte som skyldes sykdom, ferier og andre arbeidstakerrettigheter som en årsak til manglende kontinuitet. Fravær fra arbeidsplassen førte til at det ble vanskelig å opprettholde fokus på god kvalitet. De som var borte fikk ikke deltatt i enhetens fora for diskusjon og kvalitetsarbeid. De som var tilstede måtte konsentrere seg om driften, og man fikk ikke mulighet til å samles i felles fora. Utfordringene knyttet til deltidsarbeid og høy turn-over var noe informantene hadde satt i gang tiltak for å bedre. Noen tilbød ikke annet enn 100 % stillinger, hos noen måtte alle

nyansatt ha 100 % stilling. Andre forsøkte å forebygge høy turn-over ved å avgrense arbeidsoppgaver og ansvar for å redusere ansattes opplevelse av stress.

Informantene ga i sine svar uttrykk for stor omsorg og forståelse for sine ansatte. Når det gjaldt de ansattes rettigheter og holdninger til disse rettighetene var de mer problematiserende, og noen ga uttrykk for noe frustrasjon i relasjon til dette temaet.

Informantene ga uttrykk for det dilemmaet de som ledere sto i når ønsket om kontinuitet for å sikre kvalitet kolliderte med de ansattes rettigheter. Sykehusene driver pasientbehandling i alle ukens 168 timer, mens avtalefestet ordinær arbeidstiden for helsepersonell i vaktjeneste kan variere mellom 35,5 og 50 timer. Ansatte har i dag velferdsgoder som relativt kort arbeidstid per uke, svangerskapspermisjon, pappapermisjon, fem ukers ferie, mulighet for foreldre til å være hjemme i ti dager med sykt barn og rett til fri ved sykdom. Kortere arbeidstid betyr at flere må dele på alle oppgaver, og dette oppfattes som en utfordring for å sikre kvalitet. Det er ingen av informantene som ønsker at ansatte ikke skal ha de godene velferdsstaten tilbyr, men det er konsekvensene av godene som problematiseres.

Informantene ønsker å skape en avdeling som leverer gode tjenester av høy kvalitet og dette kan bli vanskelig hvis medarbeiderne i stor grad har en rettighetstankegang og benytter sine rettigheter som arbeidstakere. Informantene er innforstått med at det er slik virkeligheten er, men de gir uttrykk for at dette vanskeliggjør deres arbeid med å sikre kvalitet. Det er ingen av informantene som har tiltak mot disse utfordringene. De gir uttrykk for at dette er rammene de må arbeide innenfor, og de prøver å løse det på best mulig måte.

Ole Berg diskuterer den utvikling som har skjedd både innenfor medisinen og sykepleien. Disse yrkene har gjennom historien utviklet seg fra å være yrkesroller med preg av kallstenkning, til yrker der en privat motivasjon har fått større og større plass. Tidligere opptok yrket mesteparten av legene og sykepleiernes tid. Legenes yrkesrolle var ikke tidsmessig definert, arbeidet måtte ta den tiden det trengte, og legeidentiteten ble deres totale identitet. Frem til 1970 tallet var legene primært menn og yrkesidentiteten definerte hvem de var. Sykepleierrollen var rent historisk enda mer absorberende. Frem til slutten av 1930 tallet hadde ikke sykepleieren noen annen rolle enn det å være sykepleier, sykehusene var både deres hjem og arbeidsplass. Dette endret seg betydelig etter krigen, og sykepleierrollen ble etter hvert en arbeidstakerrolle med klart avgrenset arbeidstid og det blir et vanlig yrke. Både medisinen og sykepleien har gått fra å være fag preget av altruisme til sekulariserte yrker. Yrkene anses mer som et middel til å få et godt privatliv, og det er arbeidstakerrollen som er

den dominerende rolle (Ole Berg 2012).

<http://www.sykepleien.no/standpunkt/kronikk/999155/pa-leting-etter-identitet>

Fagenes historie tematiseres ikke av informantene, men det kommer frem forventninger og noen frustrasjoner som kan ha røtter i historien. Noen av informantene sier at de opplever at mange av dagens arbeidstakere ikke ønsker å være noe mer enn en arbeidstaker, og ikke ønsker å strekke seg lenger og yte mer for fagets utvikling. De ansatte innfrir derfor ikke forventningene de som ledere har i forhold til faglig motivasjon og ekstra ytelse. Flere uttrykker også at de oppfatter de ansattes holdninger som rettighetsorienterte, og at dette påvirker kvaliteten på tjenestene som gis.

Arbeidslivslovutvalget (NOU 2004:5)(Arbeidslivslovutvalget and Borgerud, 2004) tematiserer det dilemmaet som kan oppstå når arbeidstakerne skal ivaretas samtidig som virksomhetenes og samfunnets behov skal ivaretas. Utvalget påpeker at det kan oppstå en konflikt når arbeidsgiver har ønske om at arbeidet utføres på en måte som stiller større krav til arbeidstempo og ubekvemme arbeidstider enn det som arbeidsmiljøloven anser som forsvarlig. Informantene er innforstått med at disse rammene styrer dagens arbeidsliv, men noe frustrasjon over hvordan dette vanskeliggjør arbeidet med å sikre kvalitet kommer til uttrykk.

Det moderne arbeidsliv og arbeidstakernes rolle har endret seg, og disse endringene krever en mental endring og en forståelse for at dagens helsevesen ikke kan organiseres og drives slik det ble drevet for 30 år siden. Dette må ledere ta hensyn til i sin planlegging av enhetens drift. Virksomheten er mer kompleks og mindre nærvær på jobben fremtvinger en økt vektlegging av systemene, og gjør at disse må kompensere for manglende kontinuitet. Etablering av retningslinjer, prosedyrer og gode informasjonssystemer er derfor en nødvendig utvikling, og ledere må ha evne til å kommunisere dette til sine ansatte.

4.7 Rammevilkår

Den siste kategorien av utfordringer er knyttet til hvordan de ytre betingelsene sykehusene arbeider under påvirker arbeidet for å sikre kvaliteten. Dette er utfordringer knyttet til systemene, og i denne sammenheng er det de organisatoriske rammevilkår og de ytre krav til økonomi, kvalitet og prioritering forhold som informantene oppfatter påvirker kvaliteten på

tjenestene. De fleste av informantene ga, i varierende grad, uttrykk for at de ytre kravene var hindringer i arbeidet med å sikre det de anså var god og riktig kvalitet. De var likevel innforstått med at rammene lå der og forholdt seg til disse.

Hvilke rammevilkår er det så som anses som de største hindringene?

Vi fant at uhensiktsmessig organisering var en faktor. Det gav mindre fleksibilitet i å utnytte både menneskelige og materielle ressurser. Det gav mindre tilhørighet for de ansatte som dermed var mindre involvert i å utvikle bedre rutiner og høyne kvaliteten. Større krav til dokumentasjon og kommunikasjon ble også nevnt som utfordringer for kvaliteten.

En annen faktor var dårlig fungerende støttefunksjoner, dette dreide seg både om IKT, de pasientadministrative systemene, og organisering av merkantilt personell. Noen stolte i så liten grad på datasystemene at de hadde opprettet egne systemer, enten egne datasystemer eller systemer i papirversjon. Dette førte naturlig nok til merarbeid for medarbeiderne, men ble ansett som nødvendig for pasientsikkerheten.

En tredje faktor var kvalitetsindikatorene. Det ble pekt på at indikatoren epikrisetid førte til fokus på å få epikrisen raskt sendt ut, og at dette i sin tur kunne gå utover innholdet i epikrisen. Indikatorene førte dermed til at fokus ble satt på det indikatorene målte, og ikke det informantene mente var mål på kvalitet i enheten. Flere gav imidlertid uttrykk for at de tilpasset indikatorene til kvalitetsarbeidet i enheten. De var opptatt av å sikre kvaliteten på det de oppfattet som de viktigste områdene først, og så fikk indikatormålene komme i andre rekke. Prioriteringsveilederne hadde større innvirkning på valg av praksis. Noen av informantene anga at disse var en utfordring for kvalitet og sikkerhet, og de følte seg bundet til å følge dem. Disse ble i mindre grad «oversatt» til enhetens forståelse av kvalitet, men ble oppfattet som et krav man ikke kunne la være å følge.

Både prioriteringsveiledere, kvalitetsindikatorer og pasientsikkerhetskampanjen er myndighetsinitierte pålegg for å bedre kvaliteten og pasientsikkerheten i helsetjenesten. De kliniske lederne kom i et dilemma når disse påleggene ikke samsvarte med det de så som utfordringer i sin enhet. Det var stor variasjon i hvordan våre informanter forholdt seg til dilemmaet. De ytre kvalitetskrav og prioriteringer kunne oppfattes både positivt og negativt for enhetens arbeid med kvalitet. Noen informanter mente at dette hindret dem i å arbeide med det de selv definerte som enhetens kvalitetsutfordringer, andre mente at dette var til hjelp for å prioritere hva man burde ha fokus på. Vi fikk inntrykk av at informantenes oppfatning

av de ytre kvalitetskravene hadde sammenheng med det lederne på nivået over vektla, og på hvilken måte de hadde «oversatt» de ytre kravene til avdelingens og klinikkens utfordringer og behov.

Ledere på nivået over har en sentral rolle i arbeidet med å sikre en forståelse av overordnede krav og føringer. De må oversette det oppdraget som er gitt fra myndighetene slik at klinikere forstår hva dette innebærer for praksis. Hvis dette ikke skjer kan det oppleves som abstrakte tanker uten forankring i virkeligheten som klinikere ikke kjenner seg igjen i. Da kan det oppfattes slik Torleiv Rognum beskriver det i en artikkel i Dagens Medisin i 2010.

Han beskriver sjefer og konsulenter som hakker opp informasjon til abstrakte begreper som virksomhetsplaner, resultatmål, resultatindikatorer. Dette er en egen logikk, terminologi og handlingsmønster som ledere og konsulenter benytter seg av, men som vanlige helsearbeidere ikke forstår. Dette skaper en avstand mellom påleggene fra myndighetene og det som oppleves som vesentlig i den kliniske praksis. Det utvikler seg da en oppfatning om at man representerer to ulike verdener. Som Rognum påpeker kan relasjonene bli preget av mistillit mellom de ulike aktørene.

<http://www.dagensmedisin.no/debatt/forenede-helsearbeidere/>

Det er vår oppfatning at det er nødvendig at ledere på nivåene over også problematiserer de ulike myndighetskravene sammen med lederne på nivåene under. Det er av stor betydning at erfarne klinikere får gi uttrykk for og tilbakemelding på hvilke effekt og hvilke konsekvenser ulike pålegg og krav har for det tilbudet man ønsker at helsevesenet skal gi. Betydningen av kontroll- og rapporteringssystemer må tematiseres, også de negative konsekvensene dette kan ha for helsetjenesten.

Det fremkommer ulikhet i hvor stor grad informantene ga inntrykk for at de lot seg påvirke og styre av de overordnede kravene. Myndighetenes ønske om sterkere styring og kontroll av helsevesenet generelt, og leger spesielt, har blitt oppfattet som problematisk av ansatte i helsevesenet. Det byr på utfordringer fordi det oppfattes som en inngripen i en lang historie med utstrakt autonomi og liten grad av innsyn og kontroll, og det kan oppfattes som en mistillit til hvordan helseprofesjonene forvalter sine oppgaver. Dette belyser Aasland og Light i en artikkel fra 2003 der de diskuterer forutsetningene for legers virksomhet. (Light and Aasland, 2003) De hevder at legenes virksomhet i et historisk perspektiv har vært et lukket rom, og at legenes yrkesutøvelse har vært en blanding av vitenskap, klinisk skjønn og

erfaringsbasert intuisjon. Verken myndigheter eller befolkningen har hatt mulighet til full innsikt i legenes virksomhet, og de har derfor hatt en utstrakt autonomi.

Informantene problematiserer ikke det prinsipielle knyttet til styring og kontroll, men de tematiserer konsekvenser av påleggene for deres arbeid med kvalitet.

Prioriteringsveilederne skal i følge Helsedirektoratet bidra til at de sykeste får hjelp først og at de som trenger det mest får behandling i tide (Helsedirektoratet et al., 2012). Retningslinjer vil naturlig nok ikke kunne favne alle problemstillinger som ansatte i helsevesenet må håndtere. For klinikere oppstår det et dilemma når retningslinjene ikke favner den kompleksiteten de erfarer, og de opplever at de ikke har mulighet til å bruke sitt faglige skjønn i vurderingen av situasjonen. Myndighetenes styring og kontroll blir en inngripen i den enkelte helsearbeiders autonomi. De faglige vurderinger og det skjønn som utvises i hver enkelt situasjon overstyres av retningslinjer som ikke gir rom for individuelle vurderinger. En sterkere myndighetskontroll har sammenheng med legenes overdrevne praktisering av individuell autonomi kombinert med en fraskrivelse av kollektivt ansvar, hevder Light & Aasland (Light and Aasland, 2003). Dette har medført en manglende tillit fra både pasienter og myndigheter sin side, og som en reaksjon kommer myndighetskrav for å søke å regulere og begrense individuelle forskjeller i både behandling og tilbud. Denne utviklingen utfordrer helsepersonellens selvilde og ønske om profesjonell autonomi.

Klinikere responderer ikke positivt på endringer som medfører mer kontroll over deres handlinger påpeker Oates (Oates, 2012). De er derimot mottakelige for endringer som skal forbedre tilbudet til pasientene. Det blir derfor en utfordring for ledere å kommunisere systemenes betydning for tilbudet til pasientene. Dette må gjøres på en måte som gjør at klinikere får tillit til og en positiv holdning til systemene. Det er viktig at de ikke oppfatter innføringen av systemene som en mistillit til deres kompetanse. Hvordan retningslinjer, veiledere og standarder er tenkt å bidra til et forbedret tilbud til pasientene er det derfor vesentlig å fremheve.

Det faglige skjønn er en vesentlig del av alt helsepersonells yrkesutøvelse. Pasienter med ulike sykdommer er både like og ulike, det er derfor behov for både standardisering og godt klinisk skjønn der pasienter ulikhet tas inn i vurdering av behandling og pleie. Å balansere styring og kontroll med individuell frihet anser vi som vesentlig for å skape et godt

helsetilbud til pasientene. Det er derfor en utfordring for myndighetene å utvikle retningslinjer, veiledere og standarder som også gir som for det faglige skjønn.

Når det gjaldt de økonomiske rammevilkårene var ikke dette noe de fleste informantene trakk frem som utfordring. De fleste forholdt seg til de økonomiske rammene de hadde, selv om flere ga uttrykk for at de ønsket seg «litt» mer. Noen informanter ga uttrykk for at de presset grensene i forhold til de økonomiske rammene de hadde fått tildelt.

Flere sa at det hadde vært lettere for dem hvis de hadde fått et tydeligere oppdrag fra klinikkledelsen når det gjaldt økonomiske prioriteringer. Det ble uttrykt en klar forventning til at klinikkledelsen hadde en målsetting og plan som ble konkretisert i tydelige prioriteringer. Noen informanter ga uttrykk for at når disse prioriteringene manglet fra ledernivåene over, så ble det mye vanskeligere for dem å håndtere de økonomiske utfordringene fordi det ikke ble gitt tydelige føringer for hvordan de i sin tur skulle og måtte prioritere.

Prioriteringer er vanskelig på alle nivåer fordi det innebærer at noen må få, og andre må avstå. Direktør i Helse Midt Norge, Gunnar Bovim, sier at belastende prioriteringer oppleves som et svarteper-spill, og at det derfor unnvikes på alle nivåer. Hans diskusjon er knyttet til betydningen av et samarbeid mellom myndigheter og fagfolk for å kunne gjøre nødvendige prioriteringer. For at vi skal kunne gjøre de nødvendige prioriteringer, må det være gjensidig respekt mellom politisk og faglig nivå. Politikere må få fagenes støtte for politiske prioriteringer, og fagnivåene må få politisk støtte for å følge opp prioriteringene i konkrete valg (Bovim i Dagens Medisin 2011).

<http://www.dagensmedisin.no/debatt/helseledelse----et-samfunnsoppdrag/>

Et samspill mellom fagmiljøer og politikere, samt en mer åpen og tydelig kommunikasjon til befolkningen vil være et skritt på veien til en større harmonisering mellom behov og forbruk. Den samme argumentasjon kan benyttes i samspillet mellom de ulike ledernivåene på sykehus. Lederne på seksjonsnivå har behov for at klinikkledelsen og sykehusdirektører gir retning og rammer for deres virksomhet, men disse har igjen behov for innspill fra seksjonslederne for å kunne fatte riktige beslutninger om nødvendige prioriteringer. Betydningen av prioritering, og hvilke konsekvenser manglende prioritering kan få, bør være sentrale spørsmål for ledere på alle nivåer.

4.8 Metodediskusjon

Studien er gjennomført på et universitetssykehus og et områdesykehus, der 10 seksjonsledere med ansvar for klinisk virksomhet ble intervjuet. Ledernes personalansvar varierte fra 5 – 60 ansatte. Studien har et lite antall informanter, men vi mener at vi identifiser flere faktorer som kan ha betydning for lederes arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet. Vi mener resultatene er gjenkjennbare og at de kan overføres til ledere i klinisk virksomhet. Ulike faktorer kan spille ulik rolle, men det er grunn til å tro at det vi har funnet er forhold ledere flest vil måtte forholde seg til.

I studien har vi kun informantenes egne uttalelser om hvordan de arbeidet med kvalitetsutfordringer. Hensikten var å få informantenes beskrivelser, og dermed en økt forståelse for problemstillingen som ble undersøkt. Vi har derfor ikke objektive data på kvalitet, avvik eller omfang av uønskede hendelser i enheten de ledet.

Vi har samlet informasjon om og diskutert kvalitetsutfordringer. Hensikten med studien var å få frem informantenes beskrivelser, vi ba derfor ikke om definisjoner eller en forklaring av begrepene. Vi stilte åpne spørsmål om hvilke kvalitets- og pasientsikkerhetsutfordringer informantene opplevde. Dette kan ha medført at vi ikke har fått frem ulike nyanser av hva informantene egentlig legger i begrepet kvalitet.

Metodisk mener vi at det har vært en fordel å være to studenter som har jobbet med oppgaven. Vi har kunnet utfordre hverandre i analysen av intervjuene, og det har vært nyttig å være to i diskusjonen. Både i analyse og diskusjon har vi hatt ulike perspektiver og forståelse. Vår ulike erfaring og nåværende arbeid har gjort at utgangspunktet har vært preget av at den ene har et noe større tyngdepunkt i klinikken, mens den andre har hatt en noe større fokus på systemtenkningen. Vi mener at våre ulike perspektiver har gjort analysen og diskusjonen mer nyansert og balansert enn den ville ha blitt hvis vi ikke hadde hatt ulikt ståsted og perspektiv. Vi gjennomførte intervjuene på arbeidsssteder der vi ikke var kjent. Det var en fordel i forhold til egen forforståelse og måten vi har kunnet gå inn i forskningsprosessen på.

5 KONKLUSJON

Det har vært økende oppmerksomhet på kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid de senere år. Myndighetene krever en økt standardisering med etablering av nasjonale veiledere, retningslinjer og prosedyrer. Systemenes betydning for å sikre kvalitet og sikkerhet vektlegges av myndighetene. Informantene i vår studie vektlegger imidlertid de ansattes kompetanse mer enn systemene for å sikre kvalitet. Pålegg fra myndighetene oppfattes ikke nødvendigvis som relevante for å sikre kvalitet. Begrepene som benyttes har heller ikke den samme betydning for lederne i klinisk praksis.

Studiens funn kan oppsummeres i følgende hovedpunkter:

- Informantene benyttet gjennomgående begrepet kvalitet når de omtalte kvalitets- og pasientsikkerhetsutfordringer. De differensierte i liten grad mellom begrepene kvalitet og pasientsikkerhet.
- Informantenes ledelse av arbeidet med kvalitet kan kategoriseres i to hovedgrupper; en direkte form der lederen selv er svært delaktig i arbeidet med kvalitet, og en mer indirekte arbeidsform der arbeidet er delegert til andre.
- Informantene anså det som en kvalitetsutfordring å sikre at hver enkelt medarbeider hadde riktig og nødvendig kompetanse og tilstrekkelig erfaring.
- For å sikre kvalitet trengte de medarbeidere som var motiverte og som engasjerte seg for faget og fagets utvikling. Videre måtte seksjonen ha en kultur og et miljø for læring. Fellesskapsfølelse i enheten ble også oppfattet som viktig.
- Informantene mente at manglende kontinuitet var en utfordring for å sikre kvalitet.
- Organisatoriske rammevilkår og ytre krav til økonomi, kvalitet og prioritering var forhold som informantene oppfattet at kunne være en utfordring for å sikre kvaliteten på tjenestene.

Vi mener at vår studie gir grunnlag for å gi følgende råd og anbefalinger for videre arbeid med ledelse av kvalitet og pasientsikkerhet:

- Ledere og ansatte i helsetjenesten må engasjeres for å gi kvalitetsbegrepet et innhold på det operative nivået. Dette er også en oppgave for legeforeningen og sykepleierforbundet.
- Sykehusdirektører og klinikkledere har en oppgave i å formulere pasientsikkerhetsfeltets systemorientering slik at det oppleves relevant for medarbeidere i helsetjenestens mer individorienterte univers.
- For å sikre kvaliteten trenger vi ledere som er personlig involvert og føler eierskap til enhetens arbeid innen feltet. De må ha formulert mål og strategier for hvordan arbeidet skal gjøres. De må ha evne til å motivere og engasjere sine ansatte i dette arbeidet.
- Det blir vesentlig å rekruttere ledere som er engasjerte i faglig utvikling, kvalitet og pasientsikkerhet. Dette vil bidra til en anerkjennelse og vektlegging av dette arbeidet.
- Fokus på relasjonen til de ansatte er en viktig del av lederes arbeid med å skape en kvalitetskultur. Det vil virke både motiverende og mobiliserende på de ansatte.
- Dagens helsevesen er mer kompleks. Mindre nærvær på jobben fremtvinger en økt vektlegging av systemer som kompensasjon for manglende kontinuitet. Etablering av retningslinjer, prosedyrer og gode informasjonssystemer er derfor en nødvendig utvikling. Dette må ledere ha evne til å kommunisere til sine ansatte.
- Ledere på seksjonsnivå har behov for at klinikkledelse og sykehusdirektør gir retning og rammer for kvalitet innenfor deres virksomhet. Klinikkledelsen og sykehusdirektøren har behov for innspill fra seksjonslederne for å kunne fatte riktige beslutninger om nødvendige prioriteringer.

Litteraturliste

1996. *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten: rapport og evaluering for 1995*, [Oslo], Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn.
2005. *-og bedre skal det bli!: nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015) : til deg som leder og utøver*, Oslo, Sosial- og helsedirektoratet.
2012. *Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften)*, Oslo, Arbeidsmiljøforl.
- AASE, K. 2010. *Pasientsikkerhet: teori og praksis i helsevesenet*, Oslo, Universitetsforl.
- ARBEIDSLIVSLOVUTVALGET & BORGERUD, I. M. 2004. *Et arbeidsliv for trygghet, inkludering og vekst: utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 30. august 2001 : avgitt til Arbeids- og administrasjonsdepartementet 20. februar 2004*, Oslo, Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning.
- BARACH, P. & JOHNSON, J. K. 2006. Understanding the complexity of redesigning care around the clinical microsystem. *Qual Saf Health Care*, 15 Suppl 1, i10-6.
- BATALDEN, P. B., GODFREY, M. M. & NELSON, E. C. 2007. *Quality by design: a clinical microsystems approach*, San Francisco, Jossey-Bass.
- GIORGI, A. 1985. *Phenomenology and psychological research: essays*, Pittsburgh, Pa., Duquesne University Press.
- HELSEDIREKTORATET, SÆBØ, Ø., NYGAARD, E. & DUGSTAD, H. 2012. *Prioriteringer i helsesektoren: verdigrunnlag, status og utfordringer*, Oslo, Helsedirektoratet.
- HJORT, P. F. 2007. *Uheldige hendelser i helsetjenesten: en lære-, tenke- og faktabok*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- JACOBSEN, D. I. & THORSVIK, J. 2007. *Hvordan organisasjoner fungerer*, Bergen, Fagbokforl.
- KVALE, S. 1996. *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*, Thousand Oaks, Calif., Sage.
- KVALE, S., BRINKMANN, S. & ANDERSEN, T. M. A. R. J. F. 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- LIGHT, D. W. & AASLAND, O. G. 2003. [The new physician's role--quality, openness and confidence]. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 123, 1870-3.

- MALTERUD, K. 2002. [Qualitative methods in medical research--preconditions, potentials and limitations]. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 122, 2468-72.
- MALTERUD, K. 2011. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*, Oslo, Universitetsforl.
- MOHR, J., BATALDEN, P. & BARACH, P. 2004. Integrating patient safety into the clinical microsystem. *Qual Saf Health Care*, 13 Suppl 2, ii34-8.
- NORDBY, H. & BOTTEN, G. 2007. [Communication and leadership in health care]. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 127, 1080-2.
- NORGE 2012. *Spesialisthelsetjenesteloven og helseforetaksloven med forskrifter og vedtekter: lov om spesialisthelsetjenesten m.m., vedtatt 2. juli 1999 nr. 61 : lov om helseforetak m.m., vedtatt 15. juni 2001 nr. 93*, Oslo, MEDLEX norsk helseinformasjon.
- NORGE 2013a. *Helse- og omsorgstjenesteloven med merknader og forskrifter: lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., vedtatt 24.06.2011 nr. 30*, Oslo, MEDLEX norsk helseinformasjon.
- NORGE 2013b. *Helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven: med forskrifter : lov om helsepersonell m.v., vedtatt 2. juli 1999 nr. 64 : lov om pasient- og brukerrettigheter, vedtatt 2. juli 1999 nr. 63*, Oslo, MEDLEX norsk helseinformasjon.
- NORGE HELSE- OG, O. 2011. *Nasjonal helse- og omsorgsplan: 2011-2015*, Oslo, Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- NORGE HELSE- OG, O. 2012. *God kvalitet - trygge tjenester: kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*, Oslo, Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- NORGE, J.-K. & GJØRV, A. B. 2012. *Rapport fra 22. juli-kommisjonen: oppnevnt ved kongelig resolusjon 12. august 2011 for å gjennomgå og trekke lærdom fra angrepene på regjeringskvartalet og Utøya 22. juli 2011. Avgitt til statsministeren 13. august 2012*, Oslo, Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning.
- OATES, K. 2012. The new clinical leader. *J Paediatr Child Health*, 48, 472-5.
- SCHEIN, E. H. 1994. *Organisationskultur og ledelse*, København, Valmuen.
- VINCENT, C. 2001. *Clinical risk management: enhancing patient safety*, London, BMJ Books.
- VINCENT, C. 2006. *Patient safety*, Edinburgh, Elsevier Churchill Livingstone.

<http://www.kunnskapssenteret.no/nasjonalenhetforpasientsikkerhet>

<http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/>

<http://www.kunnskapssenteret.no/Mer+om+oss/Avdelinger+og+seksjoner/Avd.+for+kvalitetsm%C3%A5ling+og+pasientsikkerhet+%E2%88%92+Nasjonal+enhet+for+pasientsikkerhet/Sekretariat+for+nasjonal+kampanje+for+pasientsikkerhet/Nasjonal+kartlegging+av+pasientskader+med+GTT.15015.cms>

<http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Publications/ToErrIsHuman.aspx>

<http://www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/LeadershipGuidetoPatientSafetyWhitePaper.aspx>

http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/Ledere/Materiell/_attachment/485?_ts=132c8afafbf

<http://npsa.nhs.uk/>

<http://www.sykepleien.no/standpunkt/kronikk/999155/pa-leting-etter-identitet>

<http://www.dagensmedisin.no/debatt/helseledelse----et-samfunnsoppdrag/>

<http://www.dagensmedisin.no/debatt/forenede-helsearbeidere/>

<http://www.dagensmedisin.no/debatt/menneskene-i-helsevesenet/>

Vedlegg

Vedlegg 1

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Hvordan arbeider ledere med pasientsikkerhet

Bakgrunn

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å bidra til økt innsikt i og bedre forståelse for hvordan ledere i sykehus arbeider for å ivareta pasientsikkerhet i egen avdeling. Prosjektet vil bidra til økt kunnskap om hvilke utfordringer og hindringer lederne erfarer i arbeidet med pasientsikkerhet, og hva de tenker seg må til for at dette arbeidet eventuelt kan gjøres bedre. Vi ønsker å intervju sykepleieledere og legeledere på seksjonsleder nivå. Du er derfor valgt ut til å forespørres om å delta.

Vi er to masterstudenter ved Universitetet i Oslo, avdeling for helseledelse og helseøkonomi og prosjektet er ment som vår mastergrad oppgave. Veileder er professor Jan Frich. Forskningsansvarlig og databehandlingsansvarlig er Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, avdeling for helseledelse og helseøkonomi.

Hva innebærer studien?

Vi vil intervju 10 ledere ved 2 utvalgte sykehus. Spørsmålene i intervjuet vil dreie seg om hvordan dere som ledere arbeider og tenker rundt temaet pasientsikkerhet, samt hvilke utfordringer og hindringer dere ser i forhold til dette arbeidet. Vi vil ta opp intervjuet på lydopptak, samt ta notater mens vi snakker sammen. Lydopptakene vil bli skrevet ned og slettet umiddelbart etter intervjuet. Intervjuet vil ta inntil en time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Mulige fordeler og ulemper

Du vil ikke ha noen spesielle fordeler av studien, men erfaringer fra studien vil senere kunne hjelpe klinikken og andre sykehusavdelinger i arbeidet med pasientsikkerhet.

Taushetsplikten gjelder fortsatt

Deltakelse i studien fritar deg ikke fra taushetsplikten. Dersom du blir bedt om å gi opplysninger som kan identifisere pasienter, har du plikt til å forsikre deg om at forsker har lov til å innhente

de taushetsbelagte opplysningene. I alle andre tilfeller må ingen opplysninger som kan identifisere pasienter fremkomme under studien. Dersom du ved et uhell avgir slik informasjon må du gjøre forskeren oppmerksom på dette og kreve at de taushetsbelagte opplysningene slettes. Forskeren har plikt til å etterkomme et slikt krav umiddelbart.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer/direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Avdelingsledelsen eller den øvrige ledelsen ved sykehuset vil ikke gis tilgang til navnelisten. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger. Opplysningene blir senest slettet (2014)

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du velger å ikke delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn. Om du skulle bestemme deg for ikke å delta, får dette ingen konsekvenser for deg i ditt arbeidsforhold til sykehuset. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg, kan du kontakte professor Jan Frich, telefon 22850524.

Samtykke for deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Bekreftelse på at informasjon er gitt deltakeren i studien

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave

Vi er masterstudenter ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo og skal i den forbindelse skrive en masteroppgave. Temaet for vår oppgave er lederes arbeid med pasientsikkerhet. Hensikten med prosjektet er å bidra til økt innsikt i og bedre forståelse for hvordan ledere i sykehus arbeider for å ivareta pasientsikkerheten i egen avdeling. Prosjektet vil bidra til økt kunnskap om hvilke utfordringer og hindringer lederne erfarer i arbeidet med pasientsikkerhet, og hva de tenker seg må til for at dette arbeidet eventuelt kan gjøres bedre. Veileder er professor Jan Frich ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo.

Vi ønsker å intervju 12 sykepleie- og legeledere ved 2 utvalgte sykehus. Spørsmålene i intervjuet vil dreie seg om hvordan dere som ledere arbeider og tenker rundt temaet pasientsikkerhet, samt hvilke utfordringer og hindringer dere ser i forhold til dette arbeidet. Vi vil ta opp intervjuene, samt ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med i studien, og du har mulighet til å trekke deg når som helst uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2013.

Dersom du kunne tenke deg å være med på et intervju er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til oss.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe til Marianne Møller Indrebø mobil: 99270445 eller Anette Korsæth mobil: 47624342. Vi kan også kontakte på e-post: maind@online.no eller anette.korseth@siv.no. Det er også mulig å kontakte vår veileder Jan Frich på e-post: jancf@medisin.uio.no.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen

Marianne Müller Indrebø og Anette Korsæth

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Signatur Telefonnummer

Samtykkeerklæringen sendes til

Anette Korsæth

Sykehuset i Vestfold

Postboks

Marianne Møller Indrebø

Rikshospitalet, OUS



MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.4) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Prosjekttittel		
Tittel	Hvordan arbeider ledere for å ivareta pasientsikkerheten i egen avdeling?	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Universitetet i Oslo	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personvernombudet.
Avdeling/Fakultet	Det medisinske fakultet	
Institutt	Institutt for helse og samfunn	
3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Jan	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.
Etternavn	Frich	
Akademisk grad	Doktorgrad	Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.
Stilling	Professor	
Arbeidssted	Institutt for helse og samfunn, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Adresse (arb.sted)	Forskningsveien 3a/2b	
Postnr/sted (arb.sted)	0373 Oslo	
Telefon/mobil (arb.sted)	22850524 / 48057813	
E-post	janfr@medisin.uio.no	
4. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja • Nei ○	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Fornavn	Anette	
Etternavn	Korsæth	
Akademisk grad	Høyere grad	
Privatadresse	Nedre Vargvei 16a	
Postnr/sted (privatadresse)	3124 Tønsberg	
Telefon/mobil	33343284 / 47624342	
E-post	anette.korseth@siv.no	
5. Formålet med prosjektet		
Formål	Hensikten med prosjektet er å bidra til økt innsikt i og en bedre forståelse for hvordan ledere arbeider for å ivareta pasientsikkerheten i egen avdeling. Prosjektet vil også bidra til økt kunnskap om hvilke utfordringer og hindringer lederne erfarer i arbeidet med pasientsikkerhet, og hva de tenker seg må til for at dette arbeidet kan gjøres.	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l. Maks 750 tegn.
6. Prosjektomfang		
Velg omfang	• Enkel institusjon ○ Nasjonalt samarbeidsprosjekt ○ Internasjonalt samarbeidsprosjekt	Med samarbeidsprosjekt menes prosjekt som gjennomføres av flere institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor personopplysninger utveksles.
Oppgi øvrige institusjoner		
Oppgi hvordan samarbeidet foregår		

7. Utvalgsbeskrivelse		
Utvalget	Kvalitative intervjuer med seksjonsledere ved Medisinsk klinikk, Sykehuset i Vestfold og Barmeklinikken, Rikshospitalet, OUS 12 informanter, 6 fra hver klinikk Likt antall legeledere og sykepleieledere Klinikkssjefene i begge klinikker inviteres til en samtale etter at intervjuene er gjennomført og den første analysen gjort.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F.eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte.
Rekruttering og trekking	Tilfeldig utvalg. Utvalget trekkes fra seksjonsledernivået i begge klinikker. Avdelingssjefene gjennomfører trekkingen.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk.
Førstegangskontakt	Avdelingssjefene orienterer sine ledere om studien og at det vil trekkes et tilfeldig utvalg som bli forespurt om å delta i studien. Når utvalget er trukket vil forskerne sende et informasjonsskriv samt en samtykkeerklæring til informantene.	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den. Les mer om dette på temaside: Hva skal du forske på?
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	
Antall personer som inngår i utvalget	12 personer	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Begrunn hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Hvis ja, begrunn		Les mer om Pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).
Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken		
Kommentar		
9. Datamaterialets innhold		
Redegjør for hvilke opplysninger som samles inn	Intervjuguide sendes som eget vedlegg	Spørreskjema, intervju-/temaguide, observasjonsbeskrivelse m.m. sendes inn sammen med meldeskjemaet. NB! Vedleggene lastes opp til sist i meldeskjema, se punkt 16 Vedlegg.
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Dersom det krysses av for ja her, se nærmere under punkt 11 Informasjonssikkerhet.
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input checked="" type="checkbox"/> Navn, fødselsdato, adresse, e-postadresse og/eller telefonnummer	Les mer om hva personopplysninger er NB! Selv om opplysningene er anonymisert i oppgave/rapport, må det krysses av dersom direkte og/eller indirekte personidentifiserende opplysninger innhentes/registreres i forbindelse med prosjektet.
Spesifiser hvilke	Navn og telefonnummer innhentes i forbindelse med informert samtykke.	

Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?	Ja • Nei ○	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc. Kryss også av dersom ip-adresse registreres.
Hvis ja, hvilke?	Arbeidsplass, yrke og ledernivå samles inn men vi anonymiseres i oppgaven. Det ikke vil være mulig å identifisere personer fordi arbeidsplassen anonymiseres. Yrke (lege eller sykepleier) og hvilket nivå de er ledere på vil fremkomme i oppgaven.	
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja ○ Nei •	
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Samles det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja ○ Nei •	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familielem.
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?		
Hvordan informeres tredjeperson om behandlingen?	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	
Informeres ikke, begrunn		
10. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan utvalget informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Vennligst send inn informasjonsskrivet eller mal for muntlig informasjon sammen med meldeskjema.
Begrunn		NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 16 Vedlegg. Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes. Les mer om krav til samtykke
Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Innhentes ikke	Dersom det innhentes skriftlig samtykke anbefales det at samtykkeerklæringen utformes som en svarslipp eller på eget ark. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.
Innhentes ikke, begrunn		
11. Informasjonssikkerhet		
Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste (koblingsnøkkel)	Ja • Nei ○	Har du kryssset av for ja under punkt 9 Datamaterialets innhold må det merkes av for hvordan direkte personidentifiserende opplysninger registreres.
Hvordan oppbevares navnelisten/koblingsnøgelen og hvem har tilgang til den?	Liste over navn på deltakere / deltaker kode lagres i låst skap på et kontor.	NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.
Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares sammen med det øvrige materialet	Ja ○ Nei •	
Hvorfor oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?		

Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Spesifiser		
Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten <input checked="" type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat datamaskin <input type="checkbox"/> Privat datamaskin tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input type="checkbox"/> Lydopptak <input type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger. Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.
Annen registreringsmetode beskriv		
Behandles lyd-/videoopptak og/eller fotografi ved hjelp av datamaskinbasert utstyr?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Kryss av for ja dersom opptak eller foto behandles som lyd-bildefil. Les mer om behandling av lyd og bilde.
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Datamaskintilgang er beskyttet med brukernavn og passord og den står i et låsbart rom. Bærbar datamaskin og minnepenn oppbevares i et låsbart rom og er beskyttet med brukernavn og passord. Mobiltelefon benyttes til opptak av intervjuer. Intervjuene vil bli transkribert umiddelbart etter intervjuet og vil bli slettet fra mobiltelefonen etter transkripsjon. De transkriberte intervjuene, med kun deltakernummer lagres på datamaskin og bearbeides der.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrift og opptak?
Dersom det benyttes mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke	Bærbardatamaskin, minnepenn og mobiltelefon for opptak av intervjuene.	NB! Mobile lagringsenheter bør ha mulighet for kryptering.
Vil medarbeidere ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem?		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. ved bruk av elektronisk spørreskjema, overføring av data til samarbeidspartner/databehandler mm.
Hvis ja, hvilke?		
Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, til hvem?		
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, Synovate MMI, Norfakta eller transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontrakteres/reguleres
Hvis ja, hvilken?		Les mer om databehandlersavtaler her
12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om

Kommentar		dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal for alle typer forskning søkes Regional komité for medisinsk og helsefaglig
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. søke registerer om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole, etc.
Hvis ja, hvilke?		
13. Prosjektperiode		
Prosjektperiode	Prosjektstart: 01.11.2012 Prosjektslutt: 12.12.2013	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når førstegangskontakten med utvalget opprettes og/eller datainnsamlingen starter. Prosjektslutt Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet. Prosjektet anses vanligvis som avsluttet når de oppgitte analyser er ferdigstilt og resultatene publisert, eller oppgave/avhandling er innlevert og sensurert.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	Med anonymisering menes at datamaterialet bearbejdes slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner. NB! Merk at dette omfatter både oppgavepublikasjon og rådata. Les mer om anonymisering
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?	Siden data innhentes ved to ulike sykhuser vil sykehusene betegnes som sykehus 1 og 2, og informantene gis en bokstav som identifikasjon. I tillegg til en bokstav vil det stå om informanten er lege eller sykepleier.	Hovedregelen for videre oppbevaring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte. Årsaker til oppbevaring kan være planlagte oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.
Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?		Datamaterialet kan oppbevares ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet.
Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?		Les om arkivering hos NSD
14. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?		
15. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger		
16. Vedlegg		
Antall vedlegg	4	



Hochel Bagging gate 29
H-5027 Bergen
Norway
Tel: +47 55 58 21 17
Fax: +47 55 58 95 50
rediford@h.no
www.rediford.no
Circ.no: 085 223 886

Jon Fjell
Avdeling for helseetelse og helsekommunikasjon
Institutt for helse og samfunn
Universitet i Oslo
Postboks 1089 Blindern
0317 OSLO

Ver datx: 14.02.2012

Ver ref: 3130C / 3 / 2015

Задача 1.

1345121

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vejrizer til melding om behandling af personoplysninger, modtaget 31.08.2012. Meldingen afslører projektet

31.300	Huvudstad arbetar ledare för å inaveta patientsekretariatet i egen avdelning
Behandlingsansvarig	Universitetet i Oslo, ved innviingsmøtet i første etasje
Daglig ansvarig	Jan Friis
Student	Anette Kjørseth

Personvernombøder har vurderet projektet og finder at behandlingen af personoplysninger er i overensstemmelse med kravene i henhold til personoplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kræver: personoplysningsloven

Personvernombudets vedrørende fritaksret at påsejke gennemføres i fuld med oplysninger givet i
næstskjærnet, korrespondance med ombudet, eventuelle kommentarer samt personoplysning givende og
højeste stedene med forbindelse. Behandlingen af personoplysninger kan ses i figur.

De gøres opmærksom på at der skal gis ny melding detsom hel aadlingen andes i formid. El de oppgøinger som ligger til grund for personvernombudets vurdering. Indtægtsmeldinger gis via et eget skema, http://www.vasku.no/personvern/nyttak_sundskema.html. Der skal også gis melding etter tre år dersom pasienter fortset på en behandlings- og/eller skiftet av behandlet.

Registreringsbuden kan søgt til oplysninger om projekter i en offentlig database, <http://www.usc.no/fransiskt>.

Personvernkladdat vil ved prosjektets avsluttning, 12.12.2013, sette en benveenslås angående status for behandlingen av personopplysninger

Veritable hills on

Vigdís Nantvedt Kvalheim

Anne-Mette Somba

Anne-Mette Somby df: 55 58 25 83
 Vedlegg: Prosjektordning
 Kari: Anne Korsath, Nilsa Vaurud 15 A, 3124 TØNSBERG



Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Prosjektet skal avsluttes 12.12.2013 og innsamlede opplysninger skal bli anonymisert. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnr.etc. slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet. Lysoptak skal slettes.

Prosjektet gjennomføres av studentene Anette Korsath og Marianne Mjller Indrebø.

Vedlegg 5

Intervjuguide:

1. Informanten får si litt om seg selv: Karrierevei, hvordan havnet du i den stillingen du er i nå osv. (ca. 5 minutter)
2. Informanten får si litt om sin seksjon/avdeling, om miljøet og konteksten de arbeider i og de menneskene de arbeider sammen med (ca. 5 minutter)
3. Kan du litt om de kvalitetsutfordringer du står ovenfor i din seksjon?
4. Ser du noen spesielle pasientsikkerhetsutfordringer i din seksjon (eller anser du at det er det samme som kvalitetsutfordringer)?
5. Kan du si litt om hvordan arbeider du med disse utfordringene?
 1. Kan du si litt mer om hvorfor du tenker at dette ble vellykket?
 2. Har du noen tanker rundt hvilke faktorer som bidro til at du lyktes med dette?
 3. Kan du si litt mer om hvorfor du tenker at dette ikke fungerte optimalt?
 4. Har du noen tanker rundt hvilke faktorer som bidro til at du ikke lyktes med dette
6. Har du noen tanker om hva som må på plass for at du skal kunne få jobbet med disse forholdene?
7. Er det noe du anser du som hindringer for pasientsikkerhetsarbeidet i seksjonen din?
8. Har du noen tanker rundt den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen?
 1. Er det noe som påvirker deg /din seksjons arbeid
 2. Oppleveres den som relevant?
9. Kan du si litt om hvordan du opplever samarbeidet rundt arbeidet med pasientsikkerhet?
 1. Kan du si noe om hvordan du blir involvert i det og hvordan du involverer dine medarbeidere
 2. Kan du si noe om du opplever at det er det noen ulikheter mellom yrkesgrupper i forhold til dette arbeidet?
10. Har du noen tanker om det er noe du selv kan gjøre for å få dette arbeidet bedre til?
11. Hvis du skulle ønske noe fra din avdelingssjef/klinikksjef i forhold til arbeidet med pasientsikkerhet, hva ville du da ønske deg?

Vedlegg 6

KATEGORIER	Hvilke kvalitets- og pasientsikkerhetsutfordringer ser de	Hvordan arbeider de med disse utfordringene
KOMPETANSE	<p>Å sikre rett kompetanse</p> <ul style="list-style-type: none"> • På individnivå • På systemnivå • På landsfunksjonsnivå <p>Tilstrekkelig erfaring God rekruttering Motivasjon Riktig prioritering av oppgaver i pasientbehandlingen; hva og hvem er det viktigst å bruke tid på</p>	<p>Med systemer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opplæring/undervisning • Møtepunkter • Kompetanseoverføring • Oppdaterte prosedyrer • Definere fokus områder (målbare) <p>Med medarbeiderne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veiledning, feedback og gi mestingsfølelse • Rollemodeller <p>Direkte eller indirekte (via medarbeidere) arbeidsmåte</p>
KULTUR	<p>Motivasjon Engasjement Holdninger til kvalitet Holdninger til kompetansekrav Holdninger til og kultur for korreksjon Forventninger til arbeidsoppgavene og til egen yrkesutøvelse Arbeidsmoral /holdninger til arbeidslivet</p>	<p>Arbeider med menneskene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skape fellesskapsfølelse • Anerkjenne og verdsette • Arbeidsbelastning • Involvering • Tydelige forventninger og krav • Ambisjoner/visjoner på seksjonens vegne <ul style="list-style-type: none"> ○ Variasjoner i ambisjonsnivået ○ Ulikhet når det gjelder hvor listen legges i fht. ambisjonsnivå • Forventninger til de ansattes innstilling til jobben <ul style="list-style-type: none"> ○ Jobben er livet ○ Livet er mer enn jobb • Åpenhet for direkte tilbakemeldinger (pasienten i fokus) • Arbeidsform

		<ul style="list-style-type: none"> • Tilstede og personlig – eller mer distansert • Kontinuum fra aktivt til passivt i fht. hvor stort engasjement (trykk) som legges i dette <p>Arbeide med systemene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Varierende grad av etablerte, velfungerende systemer som man kan støtte seg på/ som går av seg selv • Felles fora • Meldekultur
MANGLENDE KONTINUITET	<p>Øker arbeidspresset på de resterende</p> <p>Redusere muligheten til å fokusere på kvalitetsarbeid</p> <p>Fører til mindre tid til opplæring, dublering og supervisjon</p> <p>For lite fast tid til å møtes for å diskutere faglige spørsmål</p> <p>Nå leder trekkes for mye ut av avdelingen og ikke får fulgt opp arbeidet med kvalitet i avdelingen</p>	<p>Rekruttering</p> <p>Etablering av faste faglige fora</p>
ORGANISATORISKE RAMMEVILKÅR	<p>Organisering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Drift på 2 steder påvirker tilknytning og engasjement • Sammenslåing endrer kompetansebehov • Høyt forbruk av vikarer uten tilknytning og engasjement • At det ikke er enhetlig ledelse medfører manglende helhetstenkning og ressursutnyttelse <p>Flyttet fra økonomiske</p>	<p>Kompenserer for opplevde ulemper i organiseringen ved å:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avgrense og avklare arbeidsoppgaver og kompetanseområder (innad i profesjonene, mellom profesjoner og på ulike driftssteder) • Tøyer grensene for rammer og krav <p>Arbeider med å sikre rekruttering</p> <p>Melderutiner</p> <p>Sikrer oppfølging ved å:</p> <ul style="list-style-type: none"> • beskrive pasientforløp • forbedre rutiner for

	<p>rammevilkår: Riktig behandlingsnivå av pasienter Overføring og oppfølging av pasienter mellom behandlingsnivåene</p> <p>Tilstrekkelig tid til å lede og følge opp arbeidet med kvalitet i egen enhet</p> <p>Pasientadministrative systemer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Henvisningsrutiner • Kontrollrutiner • Epikrise og signeringsrutiner 	<p>epikrise utsendelse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompetanseoverføring/ faste samarbeidsmøter • Kunnskap om kompetanse lokalt <p>Leders ansvar og arbeid med kvalitetsarbeidet oppfattes ulikt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsarbeid sees som en integrert del av lederoppgavene eller som et ytre krav som kommer som en ekstra oppgave • Kontinuum fra «hverdagen sluker meg» til forståelse av at alt i lederrolle bidrar til kvalitet <p>System:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablering av nye systemer og rutiner for å sikre tilstrekkelige pasientadministrative systemer • Bruk av meldesystemet for å påpeke svakheter <p>Person</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablerer fora for samarbeid for å sikre systemene
YTRE KRAV TIL KVALITET, ØKONOMI OG PRIORITERING	<p>Prioriteringsveilederne Økonomifokus Indikatorfokus Meldekultur, avvikshåndtering, mangelfulle læringsløyper</p>	<p>De faglige vurderingene vektlegges mer enn ytre krav</p> <p>Indikatorene brukes for å justere kurs</p>